ЛЕГОЧНОЙ ЧАХОТКИ

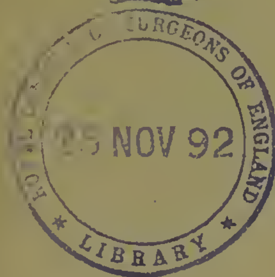
ВЪ ЯЛТѢ.

Опытъ статистической и клинической обработки
1000 исторій болѣзни.

Съ 120 таблицами и кривыми.

Ф. Т. Штангеева.

Floreant nostra loca salubria ad gloriam patriae et ad salutem aegrotorum.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Дома Призрѣнія Малолѣтнихъ Бѣдныхъ. Лиговка, 16.
1886.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ 1 Марта 1886 года.

ПАМЯТИ

ДОРОГОГО ТОВАРИЩА И ДРУГА

Ф. А. ОЛЕХНОВИЧА.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Прошло 15 лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ Ялта, благодаря авторитетному голосу нашего знаменитаго клинициста С. П. Боткина, сдѣлалась отечественною климатическою станціей. Оправдала ли она возложеныя на нее надежды и въ какой мѣрѣ?—Безпристрастнаго отвѣта на этотъ вопросъ мы не имѣемъ до сихъ поръ по отсутствію цифровыхъ данныхъ, служащихъ основою для научной и правдивой оцѣнки. Настоящій трудъ является первою попыткою представить статистическія данныя для сужденія о пригодности Южнаго берега Крыма при леченіи чахотки, самой важной и частой болѣзни, заставляющей больныхъ искать исцѣленія на нашемъ Югѣ.

Считаю нравственнымъ долгомъ выразить глубокую и сердечную благодарность г-жѣ Х. С. Глаголевой за помощь въ неблагодарной цифровой работѣ.

Ялта. 31 Декабря 1885 г.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.



ЛЕЧЕНІЕ ЛЕГОЧНОЙ ЧАХОТКИ ВЪ ЯЛТѢ.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Открытіе Кохомъ туберкулезнаго паразита, служащаго непосредственной и ближайшей причиной болѣзни, возбудило новый интересъ къ старой и повидимому изученной уже чахоткѣ. Благодаря этому, въ послѣднее время появилось довольно много работъ, наблюденій и замѣтокъ, касающихся этой болѣзни и болѣе или менѣе подтверждающихъ открытіе Коха. Почти всѣ авторы, подъ вліяніемъ естественнаго увлеченія новымъ открытіемъ, обратили свое вниманіе на теоретическую сторону болѣзни, взявшись за микроскопъ и эксперименты надъ животными, а практическіе наблюденія отодвинули на задній планъ. Противъ этого односторонняго увлеченія точными и легче доступными экспериментами, изъ которыхъ спѣшатъ дѣлать заманчивые выводы, справедливо возстаетъ въ своей рѣчи президентъ Британскаго Медиц. Общества, указывая, что не слѣдуетъ, вооружившись микроскопомъ, забывать о томъ, что видно невооруженнымъ глазомъ [1]). Нужно помнить, что мы лишены возможности научно экспериментировать надъ людьми; не надо забывать неоднократно доказанной истины, что выводы изъ опытовъ надъ животными нельзя прямо примѣнять къ человѣку, въ особенности больному. Отсюда вытекаетъ важность скромныхъ и безпристрастныхъ наблюденій, которыя въ прежнее время дали практической и даже теоретической медицинѣ такъ много и которымъ и въ будущемъ предстоитъ честь рѣшить многіе темные вопросы въ примѣненіи ихъ къ человѣку и терапіи.

Самое открытіе Кохомъ туберкулезныхъ бациллъ получитъ въ будущемъ окончательную санкцію и смыслъ только на почвѣ практическихъ наблюденій.

Для того чтобы удовлетворять такой задачѣ, наблюденія должны быть многочисленны, достовѣрны и соотвѣтственнымъ образомъ обрабо-

---

[1]) Врачъ 84 г. № 32, стр. 552.

таны въ формѣ цифровыхъ данныхъ. Все это болѣе или менѣе достижимо въ госпиталяхъ и клиникахъ; для чахотки же подобныя наблюденія, по причинѣ всякому понятной, должны быть производимы только въ климатолечебныхъ мѣстахъ, которыя являются какъ-бы клиниками для этой болѣзни, и въ кабинетѣ врача, снабженнаго научными пособіями для объективнаго и точнаго изслѣдованія, каковы вѣсы, спирометръ, пневмометръ, микроскопъ и т. п.

Въ теченіе моей 11-лѣтней практики въ Ялтѣ, будучи ежедневно поставленъ лицомъ къ лицу съ чахоткою, я имѣлъ возможность внести въ мои журналы до тысячи исторій болѣзни, болѣе или менѣе обстоятельно и клинически составленныхъ. Приступая къ статистической обработкѣ ихъ и обращая особое вниманіе на однородность и чистоту матеріала, я нашелъ подходящими къ цѣли только $^2/_3$ случаевъ; остальные же, пополняющіе тысячу, я заимствовалъ изъ журналовъ моего покойнаго товарища и друга Ф. А. Олехновича, памяти котораго посвящена настоящая работа. Къ этому меня побудили еще слѣдующія обстоятельства: 1) желаніе сохранить для науки матеріалъ, собранный товарищемъ; 2) въ его журналѣ имѣются наблюденія надъ леченіемъ сжатымъ воздухомъ въ камерѣ, чего у меня вовсе нѣтъ, и 3) благодаря такому сліянію матеріала, получается періодъ времени для наблюденій въ 15 лѣтъ (70—84 гг.). Эта тысяча исторій болѣзни, послужившая основаніемъ для настоящаго труда, неравномѣрно распредѣляется по годамъ; на 78 г. падаетъ 22%, на 79 г. 14%, на 80 г. 13%; на 75, 76, 81, и 83 г.—на каждый около 10%; недостающіе 11% распредѣляются между остальными восемью годами. Эта неравномѣрность зависитъ отъ количества пріѣзжающихъ ежегодно въ Крымъ больныхъ, а частію отъ неодинаковаго выбора случаевъ изъ журналовъ. Для обработки мною взято 16 вопросовъ, которые я находилъ болѣе важными и для которыхъ въ исторіяхъ болѣзни оказалось наиболѣе отвѣтовъ. Вотъ эти вопросы: полъ больныхъ, періоды болѣзни, исходы ея, причины болѣзни, мѣста пораженія (локализація болѣзни), кровохарканіе, лихорадка, ростъ и спирометрія, пневматометрія, результаты взвѣшиванія, возрастъ, семейное положеніе, продолжительность болѣзни и леченія ея въ Крыму, мѣстности, откуда пріѣзжали больные и, наконецъ, разные способы леченія. Послѣдній отдѣлъ, обнимающій результаты леченія въ Крыму, составитъ вторую часть работы, въ которой также будетъ изложенъ краткій очеркъ климатическихъ и санитарно-гигіеническихъ условій города Ялты.

Всѣ статистическія данныя изложены по поламъ, періодамъ и исходамъ болѣзни, а потому мы съ нихъ начнемъ.

I. ПОЛЪ.

Сначала приведу данныя относительно частоты заболѣванія, а потомъ такія же данныя для смертности у обоихъ половъ. На тысячу больныхъ приходится: мущинъ 623, женщинъ 377, слѣдовательно 62,3% и 37,7% (1:0,6). Въ прежнее время почти всѣ авторы (Laennec, Louis, Trousseau, Bouchardat, Jaccoud и др.) находили, что женщины заболѣваютъ чахоткою чаще; Fuller считаетъ 28 женщинъ на 25 мущинъ [1]). Въ новѣйшемъ руководствѣ Эйхгорста также сказано, что большая часть статистиковъ согласны, что женщины чаще заболѣваютъ чахоткою [2]). Въ настоящее время, благодаря новымъ и весьма важнымъ статистическимъ работамъ, касающимся смертности половъ, вполнѣ доказана ошибочность этого взгляда. Уже Lebert [3]) обнаружилъ эту ошибку, нашедши (для Бреславля и Цюриха) обратное отношеніе, именно 55% для мужщинъ и 45% для женщинъ; въ иные годы для Бреславля онъ нашелъ отношеніе не 5:4, а 3:2. Слѣдовательно цифры Lebert'а сходны съ моими. Еще болѣе подтверждается такое отношеніе между полами многочисленными данными о смертности, такъ какъ послѣдняя должна быть пропорціональна частотѣ заболѣванія. По наблюденіямъ J. Schmitz'а, въ Боннѣ, мущинъ отъ чахотки умираетъ 56%, женщинъ 43,9;—на тысячу же живущихъ—мущинъ умираетъ 4,0%, а женщинъ 2,8%, причемъ мущины во всѣхъ возрастахъ по числу смертей превосходили женщинъ [4]). По даннымъ Schlockow'а, на 347 умершихъ отъ чахотки мущинъ приходится 281 женщина [5]). Въ Пруссіи на 10 тысячъ мущинъ умираетъ отъ чахотки 35,48, а изъ женщинъ 28,5 [6]). Только Wurzbourg не нашелъ разницы въ смертности обоихъ половъ до 60 лѣтъ, когда пропорція уменьшается въ пользу женщинъ (76 на 10 тысячъ, вмѣсто 112), вслѣдствіе прекращенія беременности и родовъ [7]). Въ недавнее время д-ръ Гуревичъ для Петербурга нашелъ также, что во всѣхъ возрастахъ женщинъ умираетъ гораздо меньше чѣмъ мущинъ [8]). Почти всѣ приведенныя цифровыя данныя близко подходятъ къ моимъ въ отношеніи какъ частоты заболѣванія у обоихъ половъ (1:0,6), такъ и смертности (1:0,4).

---

[1]) Sée. De la phtisie bacillaire des poumons. 1884. p. 135.

[2]) Рук. къ частн. пат. и терап. Спб. 1882. стр. 593.

[3]) Klinik der Brustkrankheiten 1874. 3. 458.

[4]) Врачъ 84 г. № 51. стр. 861.

[5]) Врачъ 84 г. № 29.

[6]) Врачъ 84 г. № 9 стр. 140.

[7]) Sée op. c. p. 135.

[8]) Врачъ 85 г. № 19. О вліяніи возраста и половъ на смертность отъ чахотки въ С.-Петербургѣ.

Такимъ образомъ женщины заболѣваютъ и умираютъ отъ чахотки рѣже, чѣмъ мущины. Чѣмъ объяснить этотъ фактъ? Предоставляя рѣшеніе этого интереснаго вопроса другимъ, я позволяю себѣ высказать предположеніе, что суетливая и подвижная жизнь мужчинъ представляетъ больше случаевъ для зараженія; кромѣ того масса заботъ, угнетающихъ и извращающихъ метаморфозъ, можетъ быть, ослабляетъ силу сопротивленія болѣзни, способствуетъ фиксаціи заразы. Въ пользу такого предположенія говоритъ также тотъ фактъ, что женщины, усиленно работающія и живущія изо дня въ день собственнымъ трудомъ, повидимому заболѣваютъ такъ же часто, какъ и мущины, и во всякомъ случаѣ гораздо чаще, чѣмъ женщины праздныя, неимѣющія заботъ или исполняющія свои обязанности у домашняго очага. Для примѣра укажу на занимающихся медициною студентокъ: по моимъ наблюденіямъ въ Ялтѣ не мало ихъ (по отношенію ко всему числу) поплатилось чахоткою за неутомимое стремленіе сравняться въ области науки съ мущинами, такъ что онѣ уравняли себя съ послѣдними и въ отношеніи расположенія къ воспріятію бациллъ Коха. Тутъ, кромѣ учащенія случаевъ къ зараженію, вѣроятно располагаетъ къ заболѣванію и ухудшеніе метаморфоза, вслѣдствіе превышенія расхода надъ приходомъ; являясь піонерками дѣла и не желая себя посрамить, курсистки, повидимому, затрачиваютъ при занятіяхъ больше силъ, чѣмъ сколько ихъ требуется на произведеніе данной работы, и эта своего рода функціональная атаксія роковымъ образомъ ослабляетъ сопротивленіе организма болѣзни. Укажу еще на одинъ интересный фактъ, касающійся половъ. Женщины (по крайней мѣрѣ въ моихъ данныхъ) не только рѣже, чѣмъ мущины подвергаются заболѣванію и смерти отъ чахотки, но онѣ лучше противустоятъ въ борьбѣ съ нею, въ чемъ мы убѣдимся ниже изъ нѣсколькихъ данныхъ моей работы.

II. ПЕРІОДЫ БОЛѢЗНИ.

Въ послѣднее время большая часть авторовъ начала дѣлить теченіе болѣзни не на два періода, какъ это было прежде, а на три. Я счелъ нужнымъ поступить такъ же, хотя сознаю всѣ связанныя съ такимъ дѣленіемъ затрудненія и неизбѣжныя ошибки. Въ доступной мнѣ литературѣ я нигдѣ не нашелъ обстоятельной характеристики періодовъ съ указаніемъ тѣхъ признаковъ, которыми слѣдуетъ руководствоваться при такомъ дѣленіи. Вслѣдствіе этого я вынужденъ былъ установить собственные признаки или пограничныя линіи. Изъ цыфровыхъ данныхъ

моей работы можно извлечь, какъ увидимъ, нѣсколько цѣнныхъ фактическихъ признаковъ, которыми съ увѣренностью можно руководиться при дѣленіи болѣзни на три періода. Но, къ сожалѣнію, я не могъ вполнѣ воспользоваться этими данными, такъ какъ долженъ былъ, приступая къ разработкѣ матерьяла, раньше произвести распредѣленіе данныхъ по періодамъ.

При этомъ я руководился преимущественно объективными данными аускультаціи и перкуссіи и кромѣ того дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни, которое только одно можетъ съ большою вѣроятностью подтвердить вѣрность распознаванія. Кромѣ того я нерѣдко принималъ въ соображеніе продолжительность болѣзни, степень исхуданія (колебанія вѣса), существованіе или отсутствіе лихорадки и ея упорство, спирометрическая емкость и успѣхи лѣченія.

Опираясь на такія данныя, можно дѣйствительно точно разграничивать больныхъ I и III періодовъ; но при отнесеніи больныхъ ко II или промежуточному періоду понятно возможны и неизбѣжны ошибки; тутъ чаще всего часть больныхъ III періода, при отсутствіи у нихъ явственныхъ признаковъ каверны, попадаетъ во второй. Почти всѣ мои статистическія таблицы, составленныя по періодамъ болѣзни, показываютъ, что при значительномъ числѣ случаевъ упомянутыя ошибки не портятъ выводовъ или среднихъ чиселъ.

Перейдемъ къ характеристикѣ каждаго изъ трехъ періодовъ.

I. Періодъ. Болѣзнь продолжается отъ нѣсколькихъ недѣль до одного года, рѣдко болѣе. Физическія явленія при постукиваніи и выслушиваніи незначительны; притупленія нѣтъ, или оно умѣренное; въ верхушкѣ ослабленное везикулярное дыханіе, нерѣдко съ удлиненнымъ выдыханіемъ или слабыми хрипами. Мокроты очень мало или нѣтъ вовсе. Лихорадки не было въ 84% или была умѣренная и непродолжительная; кровохарканія не было въ 68%, или было изрѣдко и умѣренное. Емкость легкихъ близка къ нормѣ, ея средній дефицитъ около 10%. Исхуданіе незначительно, въ среднемъ выводѣ доходитъ до 6% потери вѣса противъ нормальнаго средняго. Даже при индифферентномъ лечепіи больные поправляются очень часто (82% выздоровленій и улучшеній).

II. Періодъ характеризуется большею продолжительностью болѣзни (до 2-хъ и болѣе лѣтъ) и болѣе рѣзкими и стойкими измѣненіями легочной ткани, обнаруживаемыми при постукиваніи и выслушиваніи; локализація въ одной изъ верхушекъ болѣе явственная съ замѣтною тупостію или притупленіемъ звука и субкрепитирующими или смѣшанными хрипами. Въ нижней долѣ пораженнаго, или здороваго легкаго нерѣдко существуютъ признаки плеврита или сращеній; въ области лопатки иногда замѣчается бронхіальный характеръ выдыханія. Кашель частый, болѣе или менѣе сильный, съ достаточнымъ отдѣленіемъ мокроты.

Въ теченіи болѣзни лихорадочное состояніе появлялось часто (68 %), продолжаясь въ холодное время года нерѣдко по нѣскольку недѣль. Кровохарканіе въ значительномъ большинствѣ случаевъ было (64, 5%), нерѣдко по нѣсколько разъ. Дефицитъ спирометрической емкости явственно замѣтный, достигающій въ среднемъ выводѣ до 30%. Исхуданіе довольно замѣтное, достигающее до 8% убыли вѣса. При леченіи поправляются не столь легко, получая выздоровленіе и улучшеніе за все время пребыванія въ Ялтѣ въ 56%.

При дальнѣйшемъ наблюденіи физическія явленія въ легкихъ мало измѣняются къ лучшему за короткое время леченія въ Крыму. Нерѣдко бываетъ потеря аппетита и слабость.

III. Періодъ. Больные этого періода отличаются еще большей продолжительностію болѣзни, достигающею до 3-хъ лѣтъ и болѣе; однимъ изъ самыхъ существенныхъ признаковъ является распаденіе легочной ткани, въ формѣ доступной для физическаго изслѣдованія каверны (одной или нѣсколькихъ); объективныя явленія въ легкихъ очень рѣзки и стойки. Еще чаще, чѣмъ во II періодѣ, бываютъ осложненія плевритомъ съ здоровой или больной стороны; нерѣдко и другое легкое тоже поражено, въ I или II періодахъ, такъ что болѣзнь является уже въ обоихъ легкихъ (23,6%). Зеленовато-желтой комковатой мокроты отдѣляется много, особенно по утрамъ, она содержитъ множество палочекъ. Лихорадочное состояніе упорно продолжается и бываетъ очень часто (93, 4%), не уступая или рѣдко уступая терапевтическимъ мѣрамъ. Кровохарканіе въ анамнезѣ встрѣчается также часто какъ и во II періодѣ 64, 4%) и притомъ является болѣе изобильнымъ. Дефецитъ спирометрической емкости достигаетъ болѣе 45% противъ нормальной. Значительная слабость и исхуданіе съ потерей вѣса до 13%. Даже при продолжительномъ леченіи въ Крыму поправляются немногіе (выздоровленіе въ 9, 5%, улучшеніе въ 19%, то и другое 28, 5%), около 34% умираетъ уже за короткое время пребыванія въ Крыму.

Вотъ въ немногихъ словахъ сжатая характеристика періодовъ болѣзни, по крайнему моему разумѣнію. Я уже выше упомянулъ, что при распредѣленіи больныхъ по періодамъ я не могъ принимать во вниманіе вышеприведенныхъ цифровыхъ данныхъ, относящихся къ лихорадкѣ. кровохарканію, спирометру, взвѣшиванію и успѣхамъ лѣченія; но я счелъ нужнымъ привести ихъ здѣсь, такъ какъ полагаю, что онѣ могутъ послужить опорою для другихъ при группированіи больныхъ по періодамъ. Дальнѣйшая и болѣе подробная характеристика періодовъ будетъ выясняться изъ цифровыхъ данныхъ, встрѣчающихся во всей работѣ.

Перехожу къ распредѣленію тысячи моихъ больныхъ по періодамъ и поламъ. Для обоихъ половъ совмѣстно получается слѣдующее отношеніе въ %:

I. пер.	II.	III.
35,7.	41,2.	23,1.

По изложенной выше причинѣ часть больныхъ II періода должна быть отнесена въ III-й, такъ что цифра послѣдняго должна увеличиться на нѣсколько %. Въ первой половинѣ 15-ти лѣтняго періода наблюденій количество больныхъ III періода было значительно больше; послѣ же восточной войны и проведенія Лозово-Севастопольской желѣзной дороги, чаще стали пріѣзжать больные двухъ первыхъ періодовъ.

Для каждаго изъ половъ распредѣленіе по періодамъ слѣдующее, въ процентахъ:

I.		II.		III.	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
27,9.	48,5.	47,1.	31,2.	24,8.	20,1.

Слѣдовательно, женщины вообще раньше мужчинъ являются въ Крымъ для леченія; почти половина ихъ пріѣзжаетъ въ I періодѣ болѣзни. Этотъ фактъ легко объясняется соціальными условіями жизни,—тѣмъ, что женщины меньше связаны службой и профессіей и легче могутъ отправиться на Югъ, чѣмъ мужчины.

III. ИСХОДЫ БОЛѢЗНИ.

Здѣсь можетъ быть рѣчь только о тѣхъ исходахъ, которые получились за время пребыванія больныхъ въ Крыму. Это время большею частію непродолжительное, — въ среднемъ достигающее для всѣхъ больныхъ до 4-хъ мѣсяцевъ [1]), не смотря на то, что часть больныхъ продолжала свое леченіе на Югѣ по нѣсколько мѣсяцевъ и даже лѣтъ. Понятно, что при такихъ условіяхъ исходъ леченія является болѣе или менѣе временнымъ и непрочнымъ, у очень многихъ больныхъ послѣ возвращенія ихъ домой къ прежнимъ условіямъ и образу жизни легко получаются ухудшенія, которыя и заставляютъ ихъ снова возвращаться въ

[1]) (См. ниже гл. о продолжительности леченія).

Крымъ, перѣдко въ худшемъ состояніи, чѣмъ во время перваго ихъ пріѣзда. Эти временные исходы болѣзни тѣмъ не менѣе представляютъ, какъ увидимъ, достаточно данныхъ для сужденія о пригодности южнаго берега Крыма при леченіи чахотки. Въ настоящей главѣ исходы болѣзни взяты сами по себѣ, безъ отношенія къ разнымъ способамъ леченія.

Я раздѣлилъ исходы болѣзни на 6 категорій: 1) выздоровленіе, 2) улучшеніе, 3) ухудшеніе, 4) Status quo, 5) смерть и 6) исходъ неизвѣстенъ.

Нахожу нужнымъ прежде условиться въ пониманіи этихъ повидимому ясныхъ названій. Что такое выздоровленіе при чахоткѣ? Здѣсь является на сцену старый, какъ сама болѣзнь, вопросъ объ излечимости чахотки, вопросъ, много разъ поднимавшійся и рѣшавшійся въ утвердительномъ или отрицательномъ смыслѣ, смотря по взглядамъ и господствовавшимъ теоріямъ, или подъ вліяніемъ успѣховъ леченія, кѣмъ либо авторитетно-заявленныхъ. Къ этому вопросу мы возвратимся ниже.

Выздоровленіе въ анатомическомъ и функціональномъ смыслѣ безъ сомнѣнія вполнѣ возможно въ первомъ періодѣ; болѣе или менѣе допустимо во второмъ періодѣ болѣзни и едва ли возможно въ послѣдней ея стадіи, характеризующейся разрушеніемъ легочной ткани; тутъ можетъ быть рѣчь о болѣе или менѣе стойкомъ улучшеніи, которое вѣрнѣе можно назвать *относительнымъ выздоровленіемъ.* Можно ли такой исходъ считать за выздоровленіе, когда мы имѣемъ дѣло большею частію съ стаціонарнымъ улучшеніемъ, временнымъ, хотя иногда и продолжительнымъ, отдыхомъ, во время котораго materia peccans morbifera (въ видѣ бациллъ или ихъ споръ) находится въ инертномъ состояніи покоя, встрѣчая противодѣйствіе своему развитію въ благопріятныхъ условіяхъ жизни и питанія больныхъ?

Что надо разумѣть подъ словомъ *улучшеніе* понятно само собою. Больные къ концу леченія чувствуютъ себя лучше и крѣпче, чѣмъ прежде, пріобрѣтаютъ нѣсколько фунтовъ вѣса, спирометрическая емкость остается таже или нѣсколько увеличивается, но объективныя измѣненія въ легкихъ, обнаруживаемыя постукиваніемъ и выслушиваніемъ, только немного измѣнились къ лучшему, или даже остались въ томъ же состояніи.

Ухудшеніе характеризуется преимущественно потерею вѣса и измѣненіемъ къ худшему нѣсколькихъ субъективныхъ или объективныхъ явленій, или одного изъ нихъ.

Остальныя подраздѣленія исхода: status quo, исходъ неизвѣстенъ и смерть—не требуютъ объясненій. Только по поводу исхода — смерть скажу нѣсколько словъ: Желая получить болѣе точную цифру смертности, я внесъ въ свои статистическія таблицы и тѣхъ умершихъ, у которыхъ смерть послѣдовала значительно позже времени леченія и притомъ

иногда не въ Крыму, а дома и относительно которыхъ это сдѣлалось мнѣ извѣстнымъ. Это единственное отступленіе, сдѣланное мною при разсмотрѣніи исходовъ болѣзни и служащее причиною того, что цифра смертей отъ чахотки нѣсколько больше (примѣрно на 1,5°/₀) настоящей, какая получилась-бы только за время пребыванія больныхъ въ Крыму. Вслѣдствіе этого и °/₀ выздоровленій и улучшеній соотвѣтственнымъ образомъ оказывается меньше, такъ-какъ часть больныхъ, отмѣченныхъ умершими, получила во время своего пребыванія въ Крыму (какъ увидимъ ниже) временное улучшеніе. Это обстоятельство я прошу имѣть въ виду при дальнѣйшемъ чтеніи этой работы, потому что оно по мѣстамъ немного нарушаетъ вообще существующую въ таблицахъ правильность и гармонію.

Вотъ таблица исхода для обоихъ половъ и всѣхъ періодовъ болѣзни совмѣстно въ °/₀:

Таб. 1.

Выздр.	32,0	Status quo	3,0
Улучш.	27,6	Исх. неизв.	19,2
Ухудш.	6,9	Смерть	11,3.

Если сложить вмѣстѣ цифры выздоровленій и улучшеній, то получимъ 59,6°/₀.

Чтобы оцѣнить относительное значеніе этихъ цифръ, необходимо сопоставить ихъ съ исходами другихъ авторовъ; къ сожалѣнію въ большей части случаевъ вовсе не опредѣляются продолжительность леченія, періоды болѣзни, продолжительность ея и другія условія, въ которыхъ находились больные. Только при однородности или сходствѣ указанныхъ условій и имѣютъ смыслъ сравненія цифровыхъ данныхъ. Въ этомъ отношеніи наиболѣе подходятъ къ моимъ даннымъ наблюденія Weber'a и Willams'a для западной Ривьеры [1]).

Исходы Weber'a взяты для 63 больныхъ, Willams'a (отца и сына) для 152.

Таб. 2.

	у Weber'a	у Willams'a	у меня.
Улучш.	47,6°/₀	62,5°/₀	59,6°/₀
Stat. quo	17,5—	20,4—	3,0—
Ухудш.	34,9—	17,1—	6,9—

[1]) H. Weber. Руков. къ климатотерапіи. Спб. 84 г. стр. 111.

Такимъ образомъ, у перваго автора цифра улучшеній значительно меньше моей, вѣроятно потому, что его продолжительность наблюденій почти втрое превышаетъ мою (около одного года); цифра второго автора близко подходитъ къ моей, превышая ее всего на 2,9%. Такъ какъ у Willams'а продолжительность наблюденій почти совпадаетъ съ моей, превышая ее всего на 1 — 2 мѣсяца, то его цифру улучшеній будетъ вѣрнѣе всего сравнивать съ моею. Слѣдовательно, возможно допустить, что на южномъ берегу Крыма улучшенія получаются почти такъ же часто, какъ и въ Западной Ривьерѣ, особенно, если взять во вниманіе, что часть нашихъ больныхъ, отнесенныхъ въ графу „исходъ неизвѣстенъ“, также получила улучшеніе. Цифры ухудшеній невозможно сравнивать съ моими вслѣдствіе того, что значительная часть ухудшеній у меня попала въ графы „исходъ неизвѣстенъ“ и смерть.

Въ образцовой больницѣ для чахоточныхъ въ Бромптонѣ за 82 г., цифра благопріятнаго исхода получилась гораздо выше приведенной, именно улучшеній 71% и смертей 10,3% на 1223 больныхъ [1]); столь благопріятный результатъ, вѣроятно, объясняется короткимъ срокомъ леченія.

Если смертность отъ чахотки въ Ялтѣ сравнивать съ таковою же въ больницахъ и госпиталяхъ, то, судя по нѣкоторымъ даннымъ, нужно полагать, что она въ 3—5 разъ менѣе. Напримѣръ, больницы Петербурга даютъ 55% смертности отъ чахотки [2]). Такой печальный результатъ зависитъ не только отъ испорченнаго воздуха больницъ, но также и отъ того, что туда поступаютъ чаще всего больные въ двухъ послѣднихъ стадіяхъ развитія болѣзни.

Разсмотримъ цифры исходовъ отдѣльно для обоихъ половъ и для всѣхъ 3-хъ періодовъ. Всѣ 623 мущинъ и 377 женщинъ распредѣляются по періодамъ болѣзни слѣдующимъ образомъ:

Таб. 3.

	мущины				женщины			
	I	II	III	всѣ періоды	I	II	III	всѣ періоды
Выздоров.	104	50	16	170.	118	26	6	150.
Улучш.	40	111	30	181.	34	47	14	95.
Ухудш.	7	17	22	46.	2	6	15	23.
Status quo	—	14	6	20.	2	6	2	10.
Исх. неизв.	23	69	31	123.	27	31	11	69.
Смерть	—	33	50	83.	—	2	28	30.
	174	294	155	623.	183	118	76	377.

Таже таблица въ процентахъ:

[1]) Р. Мед. 1884 г. № 18.

[2]) Межд. Клин. 82 г. № 1.

Таб. 4.

	мущины				женщины			
	I	II	III	всѣ періоды	I	II	III	всѣ періоды
Выздоровленіе	59,7	17	10,3	27,2	64,4	22	7,8	39,7
Улучшеніе	23,9	37,7	19,3	29	18,5	39,8	18,9	25,1
Ухудшеніе	4	5,7	14,1	7,3	1,0	5,0	19,7	6,1
Status quo	—	4,7	3,8	3,2	1,0	5,0	2,6	2,6
Исх. неизв.	13,2	23,	420	19,7	14,7	26,2	14,4	18,3
Смерть	—	11,2	32,2	13,2	—	1,6	36,8	7,9
	27,9	47,1	24,8		48,5	31,2	20,1	

Изъ приведенныхъ таблицъ видно, что женщины вездѣ берутъ перевѣсъ надъ мущинами, за исключеніемъ третьяго періода, гдѣ онѣ уступаютъ имъ. Смертность мущинъ болѣе чѣмъ у другихъ авторовъ превышаетъ таковую же у женщинъ на 5%. Причина столь значительной неравномѣрности смертности по поламъ зависитъ отъ преобладанія женщинъ перваго періода, недающихъ смертей.

Значительный процентъ смертности у мущинъ второго періода (11, 2%), которые казалось бы не имѣли права умереть, безъ перехода въ послѣдній періодъ болѣзни, объясняется тѣмъ, что часть ихъ принадлежала къ третьему періоду, а при дѣленіи отнесена во второй только по причинѣ отсутствія во время изслѣдованія физическихъ признаковъ распаденія легочной ткани (каверны); часть ихъ умерла позже дома, перейдя быстро въ послѣдній періодъ болѣзни и не состоя уже подъ наблюденіемъ; наконецъ, были и такіе, которые умирали дѣйствительно во второмъ періодѣ болѣзни отъ сильнаго бронхіальнаго кровотеченія, отъ присоединившагося воспаленія мозговыхъ оболочекъ, поносовъ и т. п.. Lebert въ немногихъ случаяхъ наблюдалъ смерть даже въ раннемъ періодѣ чахотки [1]).

Мои цифровыя данныя объ исходахъ болѣзни полученныя за короткое сравнительно время леченія въ Крыму, не могутъ дать правильнаго понятія объ окончательной или настоящей цифрѣ выздоровленій и смерти. Чахотка есть болѣзнь по преимуществу хроническая, дающая въ своемъ теченіи временныя, хотя иногда продолжительныя послабленія или улучшенія и потомъ снова легко, подобно сифилису, рецидивирующая. Послѣ открытія Коха такіе возвраты и ухудшенія легко объяснить двумя пріемами; у лицъ, получившихъ выздоровленіе или прочное улучшеніе во первыхъ или остается воспріимчивость къ новому зараженію, которое легко можетъ имѣть мѣсто, или вовторыхъ, что гораздо правдоподобнѣе,

---

[1]) Lebert. op. c. s. 319.

консервируется въ тканяхъ неопредѣленно долгое время materia peccans morbifera Kochi, въ видѣ бациллъ или ихъ зародышей, которые при благопріятныхъ условіяхъ снова начинаютъ размножаться. Въ недавнее время нѣкоторые авторы, въ особенности Jaccoud и Debove, подъ вліяніемъ новѣйшихъ успѣховъ леченія, стали оптимистически относиться къ излечимости чахотки, повидимому не принимая въ соображеніе того, что самая успѣшная временная побѣда и окончательное выздоровленіе вещи различныя. Если бы слѣдить въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ за лицами *выздоровѣвшими отъ чахотки*, то получилось бы изрядное разочарованіе: большая часть ихъ оказалась бы выбывшею изъ ряда живущихъ, уцѣлѣвшіе же можетъ быть имѣли не бацилярную чахотку. Послѣдняя представляетъ болѣзнь коварную и трудно излечимую. Позволяя себѣ выражаться такимъ образомъ, я опираюсь на нѣкоторыя собственныя наблюденія, продолжавшіяся нѣсколько лѣтъ. Рядъ лицъ, считавшихся выздоровѣвшими, съ каждымъ годомъ по немногу рѣдѣетъ, значительная часть остающихся въ живыхъ по временамъ получаетъ ухудшеніе и снова попадаетъ въ списокъ больныхъ. Вотъ почему, для рѣшенія вопроса о выздоравленіи и излечимости чахотки, было бы крайне важно слѣдить цѣлые годы за лицами, страдавшими этой болѣзнію и получившими выздоровленіе, производя по временамъ изслѣдованіе ихъ мокроты. Желая съ своей стороны представить какія либо фактическія данныя для уясненія вопроса объ излечимости чахотки и количествѣ выздоравливающихъ отъ нея, я выбралъ изъ своихъ журналовъ сто такихъ больныхъ, у которыхъ продолжительность болѣзни была больше найденной мною средней и которые находились подъ наблюденіемъ въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ. Слѣдующая таблица даетъ понятіе о *средней продолжительности* болѣзни и наблюденія у этихъ хроничеческихъ фтизиковъ.

Таб. 5 [1])

	мущины		женщины		оба пола		
	болѣзнь	наблюд.	болѣзнь	наблюд.	болѣзнь	наблюд.	исходъ въ %
Выздор. Улучш.	9_2	6_4	6_{10}	5_7	8	5_4	80
Смерть	5_5	2_9	6_{11}	3	5_{10}	2_{10}	20
Итогъ	8_2	5_{11}	6_{10}	5_3	7_7	5_4	100

Такимъ образомъ, для всей сотни средняя продолжительность болѣзни 7 лѣтъ и 7 мѣсяцевъ, отдѣльно продолжительность наблюденія 5 л. 4 мѣс. При такихъ условіяхъ получается 80% выздоровленій и улучшеній и 20% смертности. Изъ 80 случаевъ выздоровленій и улучшеній

[1]) Крупными цифрами означены числа лѣтъ, мелкими—числа мѣсяцевъ.

48$^0/_0$ относятся на долю мущинъ и 52$^0/_0$ на долю женщинъ; изъ 20 случаевъ смертей 70$^0/_0$ относится къ мущинамъ и 30$^0/_0$ къ женщинамъ. Слѣдовательно, и при хронической чахоткѣ женщины берутъ перевѣсъ, давая смертность вдвое меньшую, чѣмъ мущины.

По періодамъ число выздоровленій и улучшеній у обоихъ половъ (80) распредѣляется слѣдующимъ образомъ: въ I періодѣ 33,7$^0/_0$, во II—43,7$^0/_0$, въ III—22,5$^0/_0$. Число же смертей (20), падающее на II и III періоды, распредѣляется между ними почти поровну (45$^0/_0$во II и 55$^0/_0$ въ III). Для каждаго изъ половъ по періодамъ получается слѣдующее отношеніе:

Таб. 6.

		число случаевъ.	мущинъ въ о|о.	женщинъ въ о|о.
I	Выздор. Улучш.	27	29,6	70,3
II	Выздор. Улучш.	35	51,4	48,5
	Смерть	9	77,7	22,2
III	Выздор. Улучш.	18	72,2	27,7
	Смерть	11	63,6	36,3.

Если взять по періодамъ процентное отношеніе ко всему числу мущинъ (53) и женщинъ (47), отдѣльно для каждаго пола, то получимъ слѣдующую таблицу:

Табл. 7.

		Мущ. $^0/_0$. (къ 53).	Жещ. $^0/_0$. (къ 47).
I.	Выздор. Улучш.	15,0	40,4
II.	Выздор. Улучш.	33,2	36,1
	Смерть.	13,2	4,2
III.	Вызд. Улучш.	24,5	10,6
	Смерть.	13,2	8,5

И такъ, цифра выздоровленій и улучшеній у лицъ, страдающихъ хроническою формою чахотки и притомъ находившихся въ благопріятныхъ условіяхъ, въ общемъ на 20$^0/_0$ превышаетъ таковую для чахотки вообще. Такихъ счастливыхъ хроническихъ фтизиковъ немного; вѣроятно, отъ 15—30$^0/_0$; у всѣхъ же остальныхъ чахоточныхъ настоящая цифра выздоровленій должна подходить близко къ $^0/_0$ смертности больныхъ III періода, т. е., достигать 40—50$^0/_0$. Я тѣмъ болѣе склоненъ остано-

виться на этой цифрѣ, что она подходитъ къ проценту смертности, даваемому самыми злокачественными микробами, нападающими на человѣка, какъ напр., при холерѣ, оспѣ, дифтеритѣ и т. п. Всѣ эти микробы, совершающіе свой убійственный циклъ развитія въ теченіи нѣсколькихъ дней или недѣль, при неблагопріятныхъ для человѣка условіяхъ вообще склонны уполовинивать родъ людской, давая около 50% смертности. Вѣроятно и туберкулезный микробъ, также имѣетъ склонность уничтожать на половину свои живыя, культурныя лабораторіи. Но значитъ ли это, что остальные 50% дѣйствительно и вполнѣ выздоравливаютъ? Это подлежитъ сомнѣнію. Во первыхъ, они продолжаютъ жить, понесши значительный уронъ въ анатомическомъ и функціональномъ отношеніяхъ, т. е. остаются ослабленными и потерявшими значительную часть дыхательной поверхности, и во вторыхъ,—что̀ гораздо хуже,—они въ большей части случаевъ остаются носителями своихъ злыхъ враговъ, или ихъ зародышей, присутствіе которыхъ является мечомъ Дамокла. При всякой оплошности, при увлеченіи или попыткѣ пожить полною человѣческою жизнью, засѣвшіе въ засадѣ враги снова начинаютъ свое наступленіе, вызывая ухудшенія и рецидивы. И такъ большею частью продолжается до самой смерти больнаго. Въ большинствѣ случаевъ, при счастливомъ ходѣ болѣзни, лица, имѣвшіе несчастіе заболѣть бацилярною чахоткою, выигрываютъ нѣсколько лѣтъ жизни. Достигая возраста 50—60 лѣтъ, они все таки дѣлаются жертвами бациллъ, такъ какъ по даннымъ Wurzbourg'а съ этого возраста значительно увеличивается число смертей отъ чахотки, по отношенію къ числу живущихъ того же возраста. Я знаю нѣсколько случаевъ поздняго рецидива и на одномъ изъ нихъ позволю себѣ остановиться.

Г-нъ Ф. купецъ, 48 лѣтъ отъ роду: страдалъ 15-ть лѣтъ тому назадъ развитою чахоткою съ каверною въ правой верхушкѣ и обильными бронхіальными кровотеченіями; переселившись въ Ялту, онъ скоро выздоровѣлъ, при чемъ подъ ключицей образовалась значительная впадина. Онъ усердно занимался торговлей въ теченіи 15-ти лѣтъ и почти никогда и ничѣмъ не болѣлъ, не смотря на̀ видимую хворость и отдѣленіе мокроты по утрамъ. Такъ какъ у него появились нервныя явленія, связанныя съ начинавшейся tabes, то онъ отправился для леченія въ Вѣну, гдѣ назначили холодныя, влажныя обертыванія, не смотря на его протестъ и заявленіе, что болѣе 15 лѣтъ онъ не мылся и боится воды. Черезъ нѣсколько дней началась лихорадка и быстро развилась чахотка, окончившаяся въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ смертію.—Едва ли можно сомнѣваться, что здѣсь произошла автоинфекція изъ стараго фокуса.

Какія причины благопріятствуютъ выздоровленію, какія условія ему способствуютъ? Сознавая трудности, связанныя съ рѣшеніемъ этого вопроса и отмѣчая тотъ фактъ, что при хронически протекающей болѣз-

ни значительно чаще получается относительное излеченіе, я попытаюсь ниже при изложеніи результатовъ взвѣшиванія больныхъ, сдѣлать нѣсколько указаній съ цѣлію опредѣлить тѣ условія, которыя благопріятствуютъ выздоровленію у хроническихъ фтизиковъ. Здѣсь же я считаю нужнымъ сказать, что кромѣ благопріятныхъ условій, связанныхъ съ матеріальными средствами (поѣздка на Югъ и т. п.), наибольшее значеніе при исходахъ имѣетъ индивидуальная выносливость больныхъ, личная сопротивляемость ихъ тканевыхъ элементовъ. Болѣзнь тогда принимаетъ локализованное теченіе, когда волокнистая соединительная ткань окружаетъ очаги заболѣванія въ видѣ мозолистыхъ рубцовъ. Тутъ бациллы какъ-бы уподобляются другимъ инороднымъ тѣламъ, попадающимъ въ ткани тѣла человѣка и изолируемымъ посредствомъ волокнистой капсулы. При этомъ, вѣроятно, не маловажную роль играетъ также состояніе и особенности лимфатической системы и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Чѣмъ болѣе запустѣваетъ въ окружности фокуса лимфатическихъ сосудовъ, этихъ путей сообщенія для дальнѣйшаго слѣдованія непріятеля, тѣмъ лучше, тѣмъ болѣе шансовъ, что онъ не проникнетъ дальше своего лагеря. Можетъ быть, бѣлые кровяные шарики, исполняя благородную службу защиты отечества отъ враговъ (Мечниковъ), сами иногда разносятъ заразу далѣе и тѣмъ приносятъ иногда вмѣсто пользы вредъ. Наконецъ, изобильная оксидація, связанная съ достаточнымъ притокомъ въ кровяное русло чистаго озонированнаго кислорода, который вообще губительно дѣйствуетъ на микробовъ, является наилучшимъ пособіемъ въ борьбѣ съ бациллами. Вѣроятно, отъ того и зависитъ выносливость организма при хронически протекающей чахоткѣ, что палочки по мѣрѣ ихъ развитія, происходящаго болѣе медленно, уничтожаются нашими живыми клѣтками, при содѣйствіи озонированнаго кислорода (по Мечникову—можетъ быть научаются поѣдать ихъ).

Для того, чтобы дать болѣе наглядное понятіе о періодахъ и исходахъ чахотки, приведемъ изъ журнала нѣсколько исторій болѣзни, при чемъ будемъ излагать ихъ сжато, не упоминая о постоянно сопутствующихъ явленіяхъ; степень исхуданія будетъ опредѣляться вѣсомъ тѣла. Въ моихъ журналахъ встрѣчаются исторіи болѣзни, веденныя въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ (напр., девяти); если бы излагать ихъ подробно, то одинъ десятокъ исторій занялъ бы цѣлую книгу.

Больные I періода.

№ I. Выздоровленіе. 1878$^{\text{V}}_{6}$ Т. 16 л., гимназистъ, обладаетъ врожденнымъ расположеніемъ къ чахоткѣ (сестра въ Ялтѣ умерла отъ чахотки). Заболѣлъ нѣсколько мѣсяцевъ назадъ, получивши кашель. Замѣтное исхуданіе; вѣсъ 118 ф.

Въ правой верхушкѣ, надъ и подъ ключицей, слабое притупленіе и значительно ослабленное везикулярное дыханіе. Въ теченіи 5-ти недѣльнаго леченія кумысомъ получилась прибыль вѣса въ 7 ф. Въ продолженіи 4-хъ лѣтъ оставался внѣ Ялты и чувствовалъ себя почти здоровымъ, иногда покашливая зимою. Осенью 83 г., вслѣдствіе ухудшенія (боль въ груди, охриплость, усиленіе кашля), снова явился въ Крымъ, потерявши 4 ф. вѣсу, несмотря на продолжающійся ростъ (выросъ на $2\frac{1}{2}$ с.). Спир. емкость на 200 к. с. менѣе нормальной; подъ правой ключицей замѣчается впадина, умѣренное притупленіе и слабые смѣшанные хрипы при кашлѣ; въ области правой лопатки неопредѣленное слабое дыханіе, усиленіе дрожанія и короткое ослабленное выдыханіе. Въ теченіе осени и зимы, оставаясь въ Ялтѣ и пользуясь молокомъ и рыбьимъ жиромъ, пріобрѣлъ 10 ф. вѣсу. Весною 84 г. снова ухудшеніе съ умѣренною лихорадкою, болью въ горлѣ, опуханіемъ шейныхъ лимфатическихъ железъ и потерею вѣса въ 9 ф. Лѣтомъ купался болѣе 20 разъ въ морѣ съ большою пользою и къ осени снова поправился и до сихъ поръ чувствуетъ себя хорошо.

№ II. Полное выздоровленіе. Продолжительность болѣзни (до пріѣзда на Югъ) **$1\frac{1}{2}$ года; продолжительность леченія 2 года.**—$78\frac{IX}{2}$. Д. 19 л., ученикъ военной гимназіи, изъ Петербурга; похудѣлъ, одышка и кашель; вѣсъ 105 ф., ростъ 166 с. Спир. емкость нормальная; пневмометр. сила, + 46, — 38 m. m. Въ лѣвой верхушкѣ спереди очень слабое везикулярное дыханіе, при концѣ глубокаго вдыханія слабый сухой хрипъ. Въ теченіи осеннихъ двухъ мѣсяцевъ (кумысъ, потомъ молоко) прибыло 12 ф. вѣсу. Зиму и весну прожилъ на Югѣ и получилъ еще 10 ф. прибыли всег о 22 ф.). Въ теченіи послѣднихъ 5-ти лѣтъ здоровъ и состоитъ на службѣ въ Севастополѣ.

№ III. Полное выздоровленіе при наслѣдственномъ расположеніи. $75\frac{V}{16}$. Г-жа М. 17 лѣтъ, дѣвица, родилась и выросла на южномъ берегу Крыма. Мать и три сестры умерли отъ чахотки на Югѣ же; всегда была малокровная, золотушная, хворая. Ростъ 160 с., спир. емкость 2440 к. с. (дифицитъ 300 к. с.); положительное и отрицательное пневмометр. давленіе = 30 m. m. Вѣсъ тѣла 135 ф. Нѣсколько недѣль назадъ послѣ простуды появилось охриплость и значительный кашель съ скудною прозрачною мокротою; не можетъ вздохнуть безъ боли въ груди; гранулезный катарръ зѣва. Въ правой верхушкѣ, подъ ключицею и подъ мышкой. слабое притупленіе; дыхательный шумъ неопредѣленный, очень слабый; respirat on saccadé въ три темпа; хриповъ нѣтъ. Послѣ 30 сеансовъ сжатаго воздуха въ камерѣ, втеченіи 6 недѣль, поразительное улучшеніе: кашель прошелъ, спир. емкость увеличилась на 100 к. с., сила вдыханія и выдыханія на 10 m. m., везикулярное дыханіе сдѣлалось болѣе яснымъ; въ правой верхушкѣ осталось только ослабленное дыханіе. Съ тѣхъ поръ, въ теченіи 10 лѣтъ, здорова, вышла замужъ и родила 2-хъ дѣтей; осталось только малокровіе.

№ IV. Второй подобный же случай выздоровленія отъ наслѣдственной чахотки $74\frac{VI}{15}$. Г-жа Г. 26 л., замужемъ; мать, братъ и сестра умерли отъ бугорчатки; четыре года назадъ, черезъ 5-ть мѣс. послѣ родовъ, вдругъ появилось сильное кровохарканіе, послѣ котораго скоро поправилась и чувствовала себя удовлетворительно. Въ январѣ 74 г. (черезъ 4 года) снова обильное кровохарканіе и съ тѣхъ поръ значительная боль въ верхней половинѣ грудной клѣтки. Ростъ 162 с. спир. емкость 2200 к. с. (вм. 2800), вѣсъ 115 ф., пневмом. сила вдыханія и выдыханія 30 m. m. Отсутствіе аппетита, слабость, иногда умѣренное лихорадочное состояніе; регулы обильны, селезенка и печень значительно увеличены. Притупленія незамѣтно; при глубокомъ вдыханіи слѣва подъ мышкой и подъ ключицею rhonchi sibilantes, иногда слабый влажный хрипъ. Прожила въ Ялтѣ цѣ-

лый годъ, въ теченіи котораго вѣсъ тѣла прибавился на 14 ф., емкость легкихъ на 100 к. с., боль и хрипы исчезли, осталось только ослабленное дыханіе. Въ теченіи уже 10-ти лѣтъ здорова и живетъ въ Севастополѣ.

№ V. Выздоровленіе; продолжительность болѣзни до пріѣзда въ Крымъ 3 года; продолжительность леченія и наблюденія 5 лѣтъ. 1872 г. $\frac{11}{14}$. Г-жа С., дѣвица 21 г., 3 года назадъ заболѣла кашлемъ и лихорадочнымъ состояніемъ; съ тѣхъ поръ постоянный кашель, лѣтомъ слабѣе, зимой сильнѣе; повременамъ не сильное кровохарканіе. Лѣтомъ 71 г. поправилась отъ леченія кумысомъ въ Самарѣ, но не надолго. Ростъ 163 с., спир. емкость 2600 к. с. (вм. 2900 к. с.), вѣсъ 139 ф. Умѣренное лихорадочное состояніе бываетъ часто, кашель тоже. Въ области правой лопатки умѣренное притупленіе и слабые rhonchi sonori; тамъ-же, равно какъ и спереди въ верхушкѣ, очень слабое везикулярное дыханіе. Весною (черезъ $2^1/_2$ мѣс.) хрипы исчезли, осталось ослабленное выдыханіе, емкость легкихъ увеличилась на 100 к. с., вѣсъ тотъ-же. Черезъ 3 года, осенью, больная снова прибыла въ Крымъ съ вѣсомъ тѣла на 25 ф. большимъ, чѣмъ во время 1-го пріѣзда, въ правой верхушкѣ замѣчалось ослабленное везикулярное дыханіе со слабымъ выдыханіемъ; послѣднее во время пребыванія на Югѣ исчезло и у больной остался только ослабленный дыхательный шумъ въ области лопатки. Леченіе на Югѣ было индифферентное.

№ VI. Выздоровленіе; продолжительность болѣзни 8 мѣс.; продолжительность леченія два года. $73\frac{V}{16}$. Г-жа З., 29 л., замужемъ. Восемъ мѣсяцевъ назадъ появились умѣренное лихорадочное состояніе, кашель и колотье въ лѣвомъ боку; кашель по временамъ съ кровавою мокротою, но безъ лихорадки, продолжается и въ настоящее время.—Ростъ 146 с., емкость легкихъ 2500 к. с. (на 300 к. с. болѣе противъ нормы), вѣсъ тѣла 105 ф. Съ лѣвой стороны, во всей верхней половинѣ, умѣренное притупленіе тона, въ особенности надъ ключицею и подъ мышкою. Во всей верхней долѣ дыханіе неопредѣленное, очень слабое. Печень и селезенка явственно увеличены. Послѣ употребленія кумыса и пребыванія въ Ялтѣ въ теченіи года вѣсъ тѣла прибавился на 20 ф., въ лѣвой верхней долѣ притупленіе исчезло. Черезъ годъ снова пріѣзжала въ Ялту вполнѣ здоровою безъ всякихъ измѣненій въ легкихъ.

№ VII. Улучшеніе при наслѣдственномъ расположеніи; продолжительность болѣзни и леченія на Югѣ 2 г. $83\frac{X}{10}$ г. Л. 23 л., студентъ изъ Петербурга. Два брата и сестра умерли отъ чахотки; всегда былъ золотушенъ.—Ростъ 175 с., емкость легкихъ нормальная, сила выдыханія + 50 m. m., вдыханія — 40 m. m., вѣсъ 152 ф., окружность груди при выдыханіи 80 с., при вдыханіи 84 с., разстояніе между сосками 20 с. Кашель незначительный; adenitis colli—умѣренный; огромная гипертрофія миндалевидныхъ желѣзъ и средней величины зобъ (увеличеніе правой доли щитовидной желѣзы). Сердечно-сосудистая раздражительность весьма значительна, пульсъ постоянно выше 100. Иногда страдаетъ безсонницею и ипохондріей.

Подъ правой ключицей умеренное притупленіе и усиленіе голосоваго дрожанія; дыханіе вездѣ потемненное, жужжащее, тонъ при постукиваніи умѣренный и тимпаническій. Назначено виноградное леченіе и морскія ванны въ 26°R. въ теченіи мѣсяца, а потомъ всю зиму рыбій жиръ съ прибавленіемъ іодистаго калія (не болѣе 5 гр. p. die). Въ теченіи трехъ мѣсяцевъ (до января) поправился весьма значительно, вѣсу прибыло 7 ф., спир. емкость увеличилась на 200 к. с., на пневмометрѣ: +70,—40. Сердечно-сосудистая раздражительность уменьшилась. Въ январѣ уѣхалъ въ Петербургъ и въ августѣ 84 г. вернулся съ значительнымъ ухудшеніемъ, потерявши 15 ф. вѣсу спир. емкость таже. При-

тупленіе въ правой верхушкѣ болѣе явственное, равно какъ и голосовое дрожаніе; въ надъ-остной ямкѣ легкое бронхіальное выдыханіе, хриповъ нѣтъ. Снова назначено такое же леченіе и больной въ теченіи осени и зимы постоянно поправлялся. Въ концѣ ноября послѣ простуды впервые появилось лихорадочное состояніе до 40° С. съ слабыми свистящими хрипами въ легкихъ и неопредѣленными болями въ груди; спустя нѣсколько дней больной снова началъ поправляться и въ концѣ марта пріобрѣлъ 11 ф. вѣсу. Физическія явленія въ правой верхушкѣ мало измѣнились къ лучшему.

№ VIII. Выздоровленіе, продолжительность наблюденія 4 года.—$80\frac{VIII}{26}$. Г-жа М., 33 л., замужняя. Въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ начала немного кашлять, слабѣть и худѣть. Вѣсъ тѣла 145 ф., ростъ 170 с., емкость легкихъ 2500 к. с. (вм. 3200). Въ правой верхушкѣ, in fossa supraspinata, умѣренное притупленіе, ослабленное дыханіе, при кашлѣ слабый хрипъ; жалуется на сердцебіеніе. Въ лѣвомъ ухѣ otitis chronica съ ослабленіемъ слуха. Въ теченіи 6 недѣль отъ морскихъ ваннъ и винограда получилось значительное улучшеніе съ прибылью вѣса въ 5 ф., проясненіемъ везикулярнаго дыханія въ правой верхушкѣ. Черезъ 4 года снова стало хуже, появился кашель, повременамъ умѣренное лихорадочное состояніе. Въ сентябрѣ 84 г. снова пріѣзжала въ Крымъ, потерявши 6 ф. вѣсу; въ правой верхушкѣ тѣже явленія, но на большемъ протяженіи. Снова поправилась, въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ, отъ воздуха и морскихъ ваннъ, получивши прибыль вѣса въ 7 ф.

№ IX. Улучшеніе, продолжительность болѣзни 4 г., леченіе 3 мѣсяца.—$83\frac{XI}{27}$—К., 29 л. Фельдшеръ изъ Кіева; кашляетъ по утрамъ 4 года; 3 раза было умѣренное кровохарканіе; иногда не на долго появлялась лихорадка. Въ семьѣ умерло двое отъ чахотки. Вѣсъ тѣла 136 ф.; въ обѣихъ верхушкахъ умѣренный катарральный процессъ съ незначительнымъ притупленіемъ и бронхіальнымъ выдыханіемъ слѣва. Въ теченіи 3 мѣсяцевъ дыханіе въ верхушкахъ улучшилось и вѣсу прибыло 11 ф., не смотря на то, что больной по бѣдности питался чаще всего молокомъ и хлѣбомъ (единственный извѣстный мнѣ случай, гдѣ 1 ф. вѣсовой прибыли обошелся въ 6 р.).

№ X. Выздоровленіе, продолжительность болѣзни $1^1/_2$ г., наблюденія 9 лѣтъ.—$75\frac{X}{12}$. Г-жа А, 36 л., вдова; умѣренно кашляетъ $1^1/_2$ года, нѣсколько разъ было легкое кровохарканіе и лихорадочное состояніе. Роста 157 с., емкость 2500 к. с. (менѣе нормальной на 150). Справа, въ области лопатки и подъ мышкою, умѣренное притупленіе и слабое, неопредѣленное дыханіе; подъ мышкою при глубокомъ выдыханіи, слабые свистящіе хрипы и треніе легочной плевы. Послѣ годичнаго пребыванія въ Ялтѣ прибыло 13 ф. вѣса и исчезновеніе физическихъ явленій, бывшихъ въ легкихъ; живетъ въ настоящее время въ Ялтѣ.

Больные II періода.

№ XI. Смерть, продолжительность болѣзни 2 года, леченія на Югѣ $^1/_2$ года.—$77\frac{XI}{30}$ г. К. 23 л., студентъ медикъ изъ Петербурга. Въ анамнезѣ имѣлъ корь, осложнившуюся воспаленіемъ легкихъ (pleuropneumonia). Въ теченіи двухъ лѣтъ по зимамъ кашлялъ, иногда при незначительномъ повышеніи температуры. Съ

сентября умѣренная лихорадка продолжается почти постоянно, сопровождаясь нерѣдко потами.—Ростъ 167 с., емкость легкихъ 2500 к. с. (дефицитъ 900) пневмат.+40—20, вѣсъ тѣла 120 ф.; otitis sinistra. Въ правой верхушкѣ—надъ и подъ ключицею, а также подъ мышкою умѣренное притупленіе; въ этихъ мѣстахъ, а также въ области лопатки дыханіе очень слабое, едва слышное; около нижняго угла лопатки субкрепитирующіе хрипы. Въ лѣвомъ легкомъ, въ надъостной ямкѣ и подъ мышкою замѣчаются такіе же хрипы; печень на три пальца ниже реберъ.—Въ теченіи 6-ти недѣль послѣдовало улучшеніе съ ослабленіемъ лихорадки и прибылью вѣса на 3 ф. Съ января постепенное ухудшеніе съ усиленіемъ лихорадки и ночныхъ потовъ. (Явственный переходъ въ III періодъ болѣзни); нѣсколько разъ было умѣренное кровохарканіе и поносы: въ лѣвомъ легкомъ количество хриповъ увеличилось. Въ половинѣ февраля больной вдругъ почувствовалъ острую боль въ лѣвой сторонѣ груди и сильное удушье. При постукиваніи вездѣ съ лѣвой стороны тонъ тимпаническій, сердце смѣщено вправо, дыханія вовсе нѣтъ (pneumothorax). Больной прожилъ еще семь недѣль при обычныхъ финальныхъ явленіяхъ и съ признаками pyopneumothoracis.

№ XII. Выздоровленіе въ теченіи 6 мѣсяцевъ, продолжительность болѣзни около 1 года.—76 $\frac{XI}{24}$. А. 30 л., чиновникъ. Значительный кашель съ отдѣленіемъ желтой мокроты, умѣренные ночные поты и температура 39,5° с. Ростъ 171 с. Емкость легкихъ 2700 к. с. (дифицитъ 900), вѣсъ тѣла 162,5 ф., пневмот.+80—60 m. m. Съ правой стороны вездѣ умѣренное притупленіе и ослабленный дыхательный неопредѣленный шумъ; въ области лопатки слабые субкрепитирующіе хрипы и слабое выдыханіе при ослабленномъ жесткомъ вдыханіи. Въ теченіи декабря умѣренное лихорадочное состояніе (38—38,6° С.) продолжалось, кашель уменьшился, но объективныя явленія при выслушиваніи остались тѣже; вѣсъ тѣла къ концу мѣсяца увеличился на 8 ф., благодаря хорошему аппетиту и пищеваренію. Въ началѣ января, повидимому вслѣдствіе простуды, ухудшеніе съ потерею вѣса въ 3 ф. и увеличеніе количества субкрепитирующихъ хриповъ въ области правой лопатки. Въ февралѣ и мартѣ постепенное улучшеніе, лихорадка и поты прошли, субкрепитирующіе хрипы смѣнились шипящимъ неопредѣленнымъ выдыханіемъ и подъ мышкой слабымъ плевритическимъ треніемъ. Назначены сеансы сжатаго воздуха въ камерѣ и мушки; въ остальномъ индиферентное лечепіе. Вѣсу прибыло за 2 мѣсяца 20 ф., а всего со времени пріѣзда (за 4½ мѣсяца)—30 ф. Этотъ случай интересенъ въ томъ отношеніи, что, не смотря на умѣренную лихорадку, вѣсъ тѣла постепенно и правильно возраcталъ, благодаря хорошему аппетиту и энергическому пищеваренію.

№ XIII. Выздоровленіе, продолжительность болѣзни 1½ года, время наблюденія и леченія 7 лѣтъ.77$\frac{IX}{4}$. П., 38 л. Купецъ; заболѣлъ кашлемъ и охриплостію 1½ года назадъ, зимою. Прошлую зиму съ пользою прожилъ на о-вѣ Хіо. Ростъ 171 с., емкость легкихъ 2800 к. с. (вм. 3600), пневмат. давленіе+60—20 m.m.; вѣсъ тѣла 136 ф.; значительный кашель съ отдѣленіемъ зеленовато-желтой мокроты по утрамъ. Справа надъ и подъ ключицей, а также in fossa supraspinata звукъ тупой; между правой лопаткой и позвоночникомъ умѣренное притупленіе; при выслушиваніи замѣчается въ этихъ мѣстахъ жесткое вдыханіе и выдыханіе, ослабленный дыхательный шумъ, переходящій при кашлѣ въ слабые неопредѣленные хрипы. Въ лѣвой верхушкѣ тоже ослабленное дыханіе при слабомъ выдыханіи. Иногда бываетъ умѣренная лихорадка по нѣскольку дней сряду и ржаваго цвѣта мокрота. Въ теченіи двухъ мѣсяцевъ (до Ноября) постепенное улучшеніе (ослабленіе кашля, поправленіе общаго состоянія и исчезновеніе лихорадки) съ прибылью вѣса въ 4 ф., безъ замѣтнаго измѣненія физическихъ явленій въ легкихъ. Въ Ноябрѣ

подъ лѣвой мышкою явленія мѣстнаго плеврита, скоро исчезнувшаго подъ вліяніемъ мушекъ. Въ продолженіи послѣдующихъ 4 мѣсяцевъ повременамъ лихорадка, усиленный кашель до рвоты, по ночамъ испарина и потеря пріобрѣтенныхъ 4 ф. вѣса; въ правой верхушкѣ явленія остались тѣ-же, въ лѣвой повременамъ появлялись слизистые хрипы. Только въ Апрѣлѣ и Маѣ снова послѣдовало улучшеніе: прибыль вѣса 5 ф., спир. емкости 300 к. с., пневм. сила +70—40 m. m., но мѣстныя измѣненія въ легкихъ мало подвинулись къ лучшему. Въ теченіи 79 г. чувствовалъ себя удовлетворительно и только весною было снова ухудшеніе, сопровождавшееся умѣренной лихорадкой, притупленіе въ правой верхушкѣ, въ области лопатки, увеличилось, появилось ясное бронхіальное выдыханіе съ признаками эктазіи; емкость легкихъ уменьшилась на 100 к. с. Въ 80, 81, и 82 г.г. чувствовалъ себя хорошо, кашлялъ по утрамъ мало, вѣсъ и мѣстныя явленія въ легкихъ остались безъ перемѣны. Съ 1883—85 г. по временамъ зимою и весною ухудшеніе, сопровождавшееся лихорадкою и кровохарканіемъ; весною 84 г. значительный плевритъ въ правой нижней долѣ, значительное лихорадочное состояніе, продолжавшееся болѣе 2-хъ мѣсяцевъ и потеря вѣса 5 ф.; подъ правою ключицею явственная впадина. Больной остался въ Ялтѣ и занимается торговыми дѣлами.

№ XIV. Выздоровленіе, продолжительность болѣзни 1½ года, леченія и наблюденія 11 лѣтъ.—1874 г.$\frac{VI}{16}$. П. 34 л., офицеръ. Въ началѣ болѣзнь обнаружилась ежедневной лихорадкой перемежающагося типа съ ночными потами и кашлемъ. — Ростъ 187 с., емкость легкихъ 2500 к. с. (вм. 4650), вѣсъ тѣла 154 ф. Въ лѣвой верхушкѣ спереди и сзади умѣренное притупленіе и едва слышный дыхательный шумъ неопредѣленнаго характера, при глубокомъ вдыханіи переходящій во влажные хрипы;—вообще везикулярное дыханіе въ обоихъ легкихъ очень слабое. Одышка и кашель умѣренные, температура по временамъ доходитъ до 38° С, большею же частію 37,5—37,8° С. Въ теченіи года общее состояніе и питаніе значительно измѣнилось къ лучшему, мѣстныя же явленія въ легкихъ остались въ томъ же состояніи, обнаруживая замѣчательное упорство; ни разу не было рѣзкихъ ухудшеній съ высокой температурой. Колебанія вѣса видны изъ слѣдующихъ трехлѣтнихъ отмѣтокъ: 74 г. въ іюнѣ—154 ф., іюлѣ—158 ф., сент,—174 ф., дек.—182 ф. (за 6 мѣсяцевъ 26 ф. прибыли), 75 годъ: май—180 ф., авг.—166 ф., сент.—172 ф., окт.—177 ф., 76 годъ: янв.—182 ф., мартъ—180 ф., іюнь—181 ф., іюль—176 ф. и въ 78 году: май—183 ф.. Спир. емкость въ теченіи 4-хъ лѣтъ также постепенно увеличивалась съ 2500 до 3200 к. с.. Пневмомет. сила мало измѣнилась къ лучшему, поднявшись съ +60—25 до +70—25 m.m.. Послѣ годичнаго пребыванія на югѣ въ легкихъ были слѣдующія измѣненія:—въ правой верхней долѣ умѣренное притупленіе, такое же притупленіе замѣчается и въ лѣвой верхушкѣ. При выслушиваніи въ правомъ легкомъ вездѣ ослабленное везикулярное дыханіе, а подъ ключицей respiration saccadé. Въ лѣвомъ легкомъ, спереди до соска и сзади in fossa supraspinata и между лопаткой и позвоночникомъ, везикулярнаго дыханія нѣтъ, а при вдыханіи необильные субкрепитирующіе хрипы; ниже угла лопатки жесткое дыханіе. Весною 76 года усилился немного кашель, появилось (отъ 3-хъ бутылокъ кумыса) небольшое кровохарканіе и температура едва поднялась до 38° С. Въ такомъ состояніи больной отправился на Мадеру, гдѣ прожилъ болѣе года, чувствуя себя почти здоровымъ. Весною 78 г., послѣ возвращенія въ Ялту, спир. емкость увеличилась на 300 к. с., вѣсъ тѣла 183 ф. (тотъ же который былъ въ 1876 г. въ Крыму). Кашля и лихорадочнаго состоянія давно нѣтъ. Въ лѣвой верхушкѣ подъ ключицей впадина и притупленіе больше, чѣмъ было прежде, вдыханіе неясное, слабослышное, при концѣ его

слабый rhonchus subcrepitans; за то въ остальныхъ мѣстахъ дыханіе прояснилось. Въ теченіи послѣднихъ 6 лѣтъ состоитъ на службѣ въ Севастополѣ, женился и чувствуетъ себя хорошо.

№ XV. Улучшеніе, продолжительность болѣзни 3 мѣсяца,—леченія 4 мѣсяца.—80 $\frac{VI}{10}$—Ж, 23 л., студентъ. Весною, въ мартѣ былъ острый воспалительный процессъ въ лѣвомъ легкомъ, потомъ значительное кровохарканіе (болѣе $1^1/_2$ стакана). Съ тѣхъ поръ слабость, кашель и лихорадочное состояніе. Всегда былъ золотушенъ, что явствуетъ изъ массы рубцовъ на шеѣ и помутнѣнія роговой оболочки. Ростъ 166 с. Спир.. емкость 2000 к. с. (вм. 3300) вѣсъ: тѣла 119 ф.. Въ лѣвомъ легкомъ подъ ключицей умѣренная впадина, притупленіе и усиленіе голосоваго дрожанія. Въ правой верхушкѣ такое же умѣренное притупленіе и субкрепитирующіе хрипы, слышные также и подъ мышкою; по вечерамъ умѣренное лихорадочное состояніе. Назначеный кумысъ переносился сначала плохо, вызывая поносъ, но въ Августѣ и Сентябрѣ послѣдовало посте енное улучшеніе; вѣсу прибыло 2 ф., емкость увеличилась на 100 к. с.. Въ лѣвой верхушкѣ дыханіе улучшилось, въ правомъ субкрепитирующій хрипъ едва слышенъ при глубокомъ вдыханіи. Въ такомъ состояніи непрочнаго улучшенія больной уѣхалъ домой.

№ XVI. Ухудшеніе, продолжительность болѣзни нѣсколько мѣсяцевъ, леченіе 4 мѣсяца. — 78$\frac{V}{25}$. Г-жа С...на, 26 л., замужемъ, родила 4-хъ дѣтей, которыхъ сама вскормила, и имѣла два раза выкидышъ. Четыре года назадъ была больна воспаленіемъ лѣваго легкаго. Зимою стала кашлять и худѣть, получая по временамъ незначительное лихорадочное состояніе.—Ростъ 154 с., емкость легкихъ 2000 к. с. (вм. 2500 к. с.); вѣсъ тѣла 110 ф., пневмат.+35—18 m. m.. Сильно потѣстъ отъ малѣйшаго движенія и жалуется на колющія боли въ лѣвой половинѣ груди; аппетитъ плохой, наклонность къ поносамъ. Въ лѣвой верхушкѣ спереди и сзади притупленный звукъ и субкрепитирующіе хрипы, усиливающіеся при концѣ выдыханія. Охриплость голоса, незначительное лихорадочное состояніе и частая безсонница. Назначенный кумысъ усиливалъ поносъ; не смотря на строгую діэту, почти въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ продолжался поносъ съ небольшими перерывами, благодаря чему потеряла 9 ф. вѣсу и значительно ослабѣла. Въ лѣвомъ легкомъ субкрепитирующихъ влажныхъ хриповъ немного прибавилось. Въ концѣ Сентября уѣхала домой съ дурнымъ прогнозомъ.

№ XVII. Улучшеніе, потомъ ухудшеніе и смерть; прололжительность болѣзни 1 годъ, продолжительность леченія $1^1/_2$ года. 83 г. $\frac{IX}{7}$. Г-жа К—ая, дѣвица 22 л., курсистка. Въ дѣтствѣ была золотушна (опухоль колѣна, припуханіе лимфатическихъ железъ и пр.), 7-ми лѣтъ отъ роду долго болѣла кашлемъ и лихорадкою (врачи считали за чахотку); одинъ изъ братьевъ, 22 лѣтъ отъ роду, умеръ отъ чахотки, отецъ умеръ отъ рака желудка, мать страдаетъ золотухой, кашлемъ и удушьемъ.—Ростъ 150 с., емкость легкихъ 1700 к. (вм. 2300 к.), пневмат.+40—20 m. m.; тѣлосложенія слабаго, голосъ охриплый, глухой, кашель до рвоты по утрамъ и значительная одышка. Температура или нормальная, или повышается къ вечеру до 38° с., аппетитъ хорошій. Сердечно-сосудистая раздражительность значительная. Въ правой верхушкѣ притупленіе и при кашлѣ влажные субкрепитирующіе хрипы; сзади въ области лопатки, кромѣ того, умѣренное бронхіальное выдыханіе. Въ лѣвомъ легкомъ ослабленное неопредѣленное дыханіе. Осень, зиму и весну провела въ Ялтѣ хорошо, не смотря на то, что по временамъ бывало ухудшеніе съ повышеніемъ температуры до 38,5° С. и значительнымъ усиленіемъ кашля. Благодаря обильному употребленію молока и солода вѣсъ тѣла къ веснѣ увеличился на 4 ф.. Кумыса не могла переносить вслѣдствіе усилившагося сердцебіенія. Лѣто провела въ деревнѣ, причемъ въ теченіи 4-хъ мѣсяцевъ состояніе здоровья значительно

ухудшилось;—появилась лихорадка съ ночными потами, вѣсъ тѣла уменьшился на 6 ф.. Въ правой верхушкѣ тупой тонъ усилился, подъ ключицей тонъ разбитаго горшка, in fossa supraspin. бронхіальный выдыхъ (каверна). Въ лѣвомъ легкомъ въ области лопатки также появились влажные субкрепитирующіе хрипы. Съ Ноября по Февраль непрерывная лихорадка съ явленіями усиливающагося распаденія легочной ткани, вѣсъ упалъ на 7 ф.. Въ Мартѣ смерть. (См. кривую ея вѣса гл. X., таб. 62).

№ XVIII. Полное выздоровленіе, продолжительность болѣзни 3 мѣсяца, леченіе 1 годъ и наблюденія 4 года.—$81\frac{VIII}{22}$. Г-жа А—ва, 18 л., дѣвица. Кашель развился безъ видимой причины постепенно съ весны, сопровождаясь умѣренною лихорадкою. Всегда была малокровна, въ дѣтствѣ страдала англійской болѣзнью. Отецъ умеръ отъ чахотки 37 лѣтъ отъ роду. Ростъ 160 с., емкость легкихъ 2500 к. с. (вм. 2800), вѣсъ 120 ф. Въ правой верхушкѣ притупленіе и ослабленіе дыханія, въ области лопатки слабые влажные хрипы. Лѣвое легкое нормально, селезенка значительно увеличена [1]). Въ теченіи 6-ти-недѣльнаго леченія кумысомъ вѣсу прибыло 16 ф.. Всю зиму на Югѣ чувствовала себя хорошо. Въ февралѣ послѣ усиленныхъ танцевъ въ клубѣ снова было появился кашель, но скоро прошелъ. Весною уѣхала домой только съ ослабленіемъ везикулярнаго дыханія въ правой верхушкѣ, притупленіе совсѣмъ исчезло. Вышла замужъ и до настоящаго времени чувствуетъ себя здоровою.

XIX. Выздоровленіе, продолжительность болѣзни 1 годъ, наблюденія и леченія 3 года.—$81\frac{X}{1}$. Г-жа К—ъ, 22 л., замужемъ 5 лѣтъ, имѣла троихъ дѣтей; кашель развивался постепенно и одновременно съ охриплостью. Тѣлосложенія довольно крѣпкаго, ростъ 160 с., емкость легкихъ 2000 к. с. (вм. 2800), вѣсъ тѣла 129 ф.. Лихорадочное состояніе 39°C съ ознобами уже около 2-хъ мѣсяцевъ. Отъ кумыса два раза было умѣренное кровохарканіе. Кашель сильный съ зеленоватой, трудно отдѣляющейся мокротой. Въ лѣвомъ легкомъ умѣренное притупленіе въ верхушкѣ, въ области лопатки при кашлѣ слабый сухой хрипъ; въ правомъ легкомъ тоже ослабленное дыханіе; раздражительный гранулезный катарръ зѣва и глотки; печень и селезенка увеличены и болѣзненны. Въ теченіи 3-хъ недѣль лихорадочное состояніе прошло, появился аппетитъ и больная постепенно стала поправляться: за два мѣсяца вѣсу прибыло 7 ф.; но физическія измѣненія въ легкихъ остались въ такомъ же состояніи. Въ декабрѣ уѣхала домой и черезъ два мѣсяца вернулась съ значительнымъ ухудшеніемъ; уже спустя 10 дней дома появились лихорадка и сильный кашель. Въ Ялтѣ, черезъ нѣсколько дней—лихорадочное состояніе, продолжавшееся болѣе 6-ти недѣль дома, прошло при индифферентномъ леченіи, но остался сильный кашель до рвоты и безсонницы; объективныя явленія въ легкихъ тѣже. Къ веснѣ еще прибавилось 4 ф. вѣса. Въ 1882 и первой половинѣ 83-го г. чувствовала себя почти здоровою, оставаясь на Югѣ. Осенью появилось снова ухудшеніе съ лихорадкою, усиленіемъ кашля и болью въ области селезенки; въ лѣвомъ легкомъ, кромѣ ослабленія дыханія въ верхушкѣ, признаки сухаго плеврита подъ мышкою.

Больная скоро поправилась и до настоящаго времени чувствуетъ себя хорошо, хотя по утрамъ немного кашляетъ.

XX. Сначала улучшеніе, потомъ смерть; продолжительность болѣзни 2 года, леченія 1 годъ. $78\frac{III}{21}$. Г-нъ М., 20 л., студентъ. Мать умерла отъ чахотки; въ дѣтствѣ стра-

---

[1]) У больныхъ чахоткою, какъ извѣстно, очень часто встрѣчается увеличеніе селезенки въ объемѣ. Тутъ можно усматривать аналогію съ другими заразными болѣзнями, а также съ тою гипертрофіею органа, которая постоянно наблюдается у морскихъ свинокъ, искусственно зараженныхъ туберкулезомъ.

далъ долго конвульсіями; уже два года кашляетъ, нѣсколько разъ было небольшое кровохарканіе. Въ настоящее время средней силы лихорадочное состояніе, ночные поты, охриплость голоса, слабость, сильное малокровіе; послѣ ѣды часто рвота; всегда страдалъ запорами.—Ростъ 171 с., емкость легкихъ 2800 к. с. (вм. 3600), вѣсъ тѣла 126 ф.. Пневмат.+20—10 m. m.. Въ лѣвомъ легкомъ сзади въ области лопатки умѣренное притупленіе; дыханіе очень слабое, глухое, изрѣдка сопровождаемое слабымъ свистящимъ хрипомъ; кромѣ того, между лопаткою и позвоночникомъ при вдыханіи мелкіе хрипы, аппетитъ плохой, часто вздутіе и боли подъ ложечкой. Въ теченіи 6-ти недѣль постепенное улучшеніе; лихорадка почти прошла, кашель меньше, силъ прибавилось, вѣсу прибыло 5 ф., хрипы въ лѣвомъ легкомъ исчезли, осталось жесткое вдыханіе и выдыханіе. Это улучшеніе продолжалось не болѣе мѣсяца, послѣ чего снова возвратилось лихорадочное состояніе, усилился кашель, появились ночные поты и въ области лѣвой лопатки субкрепитирующіе хрипы. Все лѣто и осень, при продолжавшейся лихорадкѣ, субъективныя и объективныя явленія постепенно ухудшались (переходъ въ III періодъ), вѣсъ тѣла къ половинѣ октября уменьшился противъ первоначальнаго на 6 ф.; подъ лѣвою ключицею развилась явственная впадина; въ этомъ мѣстѣ дыханія не слышно, постукиваніе болѣзненно, тонъ умѣренно тимпаническій; количество субкрепитирующихъ хриповъ въ лѣвомъ легкомъ прибавилось, развилась сильная слабость. Въ такомъ состояніи больной прожилъ еще около 2-хъ мѣсяцевъ.

Больные III періода.

№ XXI. Полное выздоровленіе; продолжительность болѣзни 2 года; смерть отъ другой болѣзни спустя 9-ть лѣтъ.—Этотъ случай представляетъ особый интересъ, во первыхъ потому, что относится къ моему товарищу Ф. А. Олехновичу, практиковавшему въ Ялтѣ до самой смерти (9-ть лѣтъ) и во 2-хъ сопровождался вскрытіемъ.—Наслѣдственнаго или врожденнаго расположенія не было, родные всѣ очень здоровы, но въ дѣтскомъ возрастѣ физическое воспитаніе было очень плохое. На 34-мъ году жизни впервые сталъ зимою кашлять и умѣренно лихорадить; черезъ 2 года (1868 г.) получилъ лѣвосторонній плевритъ, сопровождавшійся значительной лихорадкой и умѣреннымъ выпотомъ; кашель и одышка были жестокіе, исхуданіе и упадокъ силъ крайніе. Въ такомъ состояніи больной при постепенномъ ухудшеніи и сильной f. continua, провелъ зиму въ Меранѣ, питаясь молокомъ и сырой говядиной. Къ веснѣ (70 г.) Оппольцеръ и Шкода нашли больнаго безнадежнымъ, констатировавши присутствіе кавернъ въ верхушкахъ, и посовѣтывали роднымъ поскорѣе отправить его домой умирать. Въ деревнѣ больной поселился *на открытомъ воздухѣ, подъ навѣсомъ и все лѣто пилъ кумысъ*, не смотря на продолжавшуюся лихорадку; въ сентябрѣ ему сдѣлалось немного лучше, температура упала до 38°С.. Въ такомъ состояніи въ октябрѣ онъ переѣхалъ въ Ялту, гдѣ улучшились аппетитъ и сонъ и температура сдѣлалась нормальною; всю зиму (69—70 г.) чувствовалъ себя очень слабымъ, кашлялъ и иногда умѣренно лихорадилъ. Весною получилъ значительное улучшеніе, такъ что сталъ заниматься практикой. Съ этого времени его можно считать уже выздоровѣвшимъ отъ своей тяжелой болѣзни. Къ концу лѣта (Авг. 20) спир. емкость легкихъ, при ростѣ

168 с. была 2000 к. с., (вм. 3450); черезъ 4 года пребыванія въ Ялтѣ она увеличилась на 700 к. с. [1]).

Въ теченіи первыхъ пяти лѣтъ пребыванія въ Крыму у О. по зимамъ усиливался кашель и на нѣсколько дней въ дурную погоду появлялась умѣренная лихорадка, но онъ ни разу не ложился въ постель, во всякую погоду выходилъ на практику, причемъ постоянно дѣлалъ визиты пѣшкомъ; зато въ зимнее время по вечерамъ не выходилъ въ городъ и всегда велъ жизнь крайне аккуратную и воздержанную. Осенью 1875 г. послѣ леченія сжатымъ воздухомъ (до 35 сеансовъ) въ прекрасно устроенной имъ самимъ камерѣ, кашель и лихорадочное состояніе вполнѣ прошли и не возвращались даже въ холодное время года; емкость легкихъ также нѣсколько увеличилась (на 100 к. с.). Въ Январѣ 1879 г. этотъ честный и добросовѣстный труженникъ и опытный практикъ умеръ отъ рака поджелудочной желѣзы [2]).

Вскрытіе произведено 4-мя мѣстными врачами, въ томъ числѣ и мною. Вотъ краткія данныя извлеченныя изъ протокола. Кожа окрашена въ интензивно-желтый цвѣтъ, значительная anasarca нижней половины тѣла и средняго размѣра ascites. Правое легкое: въ верхней долѣ рыхлыя сращенія и поверхностный продолговатой формы лучистый рубецъ съ известковыми конкрементами въ срединѣ; легочная ткань въ верхней долѣ проходима для воздуха. Въ лѣвомъ легкомъ также сращенія въ верхушкѣ и втянутый плотный лучистый рубецъ величиною болѣе лѣснаго орѣха; вокругъ него легочная ткань проходима для воздуха; въ близкомъ сосѣдствѣ замѣчаются еще два маленькихъ рубца. Пятый межреберный промежутокъ втянутъ внутрь, соотвѣтственно плотному сращенію около сердечной сумки съ утолщеною легочною плевою и грудобрюшною преградою. Въ нижней долѣ признаки свѣжей гипостатической пневмоніи. Желчный пузырь растянутъ до величины гусинаго яйца и плотно наполненъ полиэдрической формы желчными камнями, числомъ до 70-ти и величиною отъ малаго лѣснаго орѣха до конопляннаго сѣмени; стѣнки его толсты и внутренняя по-

---

[1]) Пользуясь случаемъ, позволяю себѣ здѣсь изложить кратко исторію болѣзни, касающуюся одного изъ замѣчательныхъ случаевъ первичнаго рака поджелудочной желѣзы, хотя это не относится къ настоящему труду. За 3 года до смерти д-ръ О. началъ худѣть и кожа его лица получила легкую иктерическую окраску, вмѣстѣ съ тѣмъ появлялись поносъ безъ видимой причины и приступы желчныхъ коликъ. Въ 1878 г., за годъ до смерти, эти приступы стали повторяться часто, почти каждый мѣсяцъ; за $^1/_2$ года до смерти желтушная окраска кожи усилилась и появились сильныя боли въ поясницѣ. Будучи крайне терпѣливымъ, больной продолжаетъ заниматься практикой и своими дѣлами. За 6 недѣль до смерти: icterus gravis, усиленіе поноса, слабость и отекъ ногъ до колѣнъ; только за 3 недѣли до смерти онъ слегъ въ постель, причемъ быстро развилась anasarca, достигавшая только до грудной полости (давленіе на v.-cava infer.) и средняго размѣра ascites. Кромѣ того, развились: общая слабость, тошнота, боли подъ ложечкой, изжога и только разъ или два рвота темной массой, вродѣ шоколада; дней за 6 до смерти явственное опуханіе лимфатическихъ желѣзъ подъ правой мышкой и поносъ слизисто-гнойными массами съ примѣсью крови. Смерть при явленіяхъ маразма. Причина указанныхъ субъективныхъ и объективныхъ явленій явствуетъ изъ данныхъ вскрытія. Что касается причины болѣзни, то, по моему мнѣнію, правдоподобнымъ является слѣдующее объясненіе: О. употреблялъ изъ собственнаго колодца воду, богатую солями извести, что способствовало отложенію ихъ въ желчномъ пузырѣ (а можетъ быть и успѣшному заживленію кавернъ въ легкихъ?) въ видѣ камней; послѣдніе же, накопившись въ весьма значительномъ количествѣ и производя постоянное механическое раздраженіе въ сосѣднихъ органахъ, можетъ быть, благопріятствовали развитію злокачественнаго новообразованія въ поджелудочной желѣзѣ.

[2]) Считая себя выздоровѣвшимъ, О. за все время пребыванія въ Ялтѣ (до самой смерти) ни къ кому изъ врачей не обращался и не доставилъ возможности изслѣдовать свои легкія. Спир. емкость, ростъ и вѣсъ я нашелъ въ его замѣткахъ за 1870 г.

верхность ворсистая; шейка и протокъ измѣнены новообразованіемъ и съужены. Печень увеличена и въ сосѣдствѣ съ желчнымъ пузыремъ также поражена новообразованіемъ. Поджелудочная железа увеличена вдвое, плотно приращена къ позвоночнику и на передней поверхности представляетъ объемистые твердые узлы; начиная отъ головки $^2/_3$ ея превращены въ плотную скиррозную массу, сдавливающую v. cava infer. Вблизи отверстія d. d. choledochi et Wartoniani и у pylorus стѣнка утолщена и измѣнена новообразованіемъ. Слизистая оболочка желудка сильно инъецирована по мѣстамъ съ экхимозами, желудокъ расширенъ. Всѣ брыжжесчныя железы тверды и большая часть ихъ достигаетъ величины грецкаго орѣха. Такимъ образомъ, Оппольцеръ и Шкода, какъ и слѣдовало ожидать, поставили вѣрную діагностику, но ошиблись только въ предсказаніи.

№ XXII. Сначала ухудшеніе и лѣвый pneumothorax; потомъ выздоровленіе. Продолжительность болѣзни $^1/_2$ года, леченія и наблюденія 7 лѣтъ. 1878 $\frac{I}{8}$. Д. 19 л., недавно окончилъ гимназію. Мать умерла отъ чахотки; всегда былъ хворъ и слабаго сложенія. Началъ кашлять лѣтомъ прошлаго года, осенью два сильныхъ кровохарканія съ лихорадкой до 40 °C.. Въ настоящее время сильный кашель съ труднымъ отдѣленіемъ мокроты, ночные поты и постоянное лихорадочное состояніе до 39—39,5 °C.. Ростъ 164 с., емкость легкихъ 2500 к. с. (вм. 3150), пневмат. +38—30 m. m., вѣсъ тѣла 125 ф.. Въ лѣвомъ легкомъ вездѣ свистящіе и субкрепитирующіе хрипы, а подъ ключицей умѣренное притупленіе; жалуется на слабость и сердцебіеніе. До Апрѣля (въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ) постепенное ухудшеніе, непрерывная лихорадка, ночные поты, иногда поносъ и боли въ верхней части лѣвой половинѣ груди; похудѣлъ на 3 ф.. Въ первой половинѣ апрѣля значительное ухудшеніе субъективныхъ и объективныхъ явленій и колющія боли въ лѣвой половинѣ груди; 16-го апрѣля pneumothorax sinistra съ смѣщеніемъ сердца къ правому соску; развились почти финальныя явленія, связанныя съ вхожденіемъ воздуха въ полость легочнаго мѣшка: боли, удушье, упадокъ силъ и сильное лихорадочное состояніе; подъ мышкой внизу признаки умѣреннаго плевритическаго выпота. Въ такомъ, почти безнадежномъ положеніи больной оставался 6 недѣль (до конца мая), причемъ потерялъ еще 7 ф. вѣса (всего 10 ф.). Съ іюня началъ довольно скоро поправляться и въ деревнѣ, за два мѣсяца, послѣдовало значительное прибавленіе силъ и вѣса (7ф). Спир. емкость въ началѣ августа 1800 к. с.. Съ лѣвой стороны—отъ соска внизъ и сзади—отъ spina scapulae тупой тонъ, отсутствіе дыханія и голосоваго дрожанія; сердце попрежнему находится у праваго соска. При движеніи лѣвой руки слышенъ плескъ эксудата; на верхушкѣ дующее амфорическое дыханіе, по временамъ съ cliquet metallique. Въ теченіи осени и зимы, оставаясь въ Ялтѣ, больной на столько поправился, что занимался уроками и много ходилъ пѣшкомъ: вѣсу прибыло еще 2 ф., всего же прибыло противъ первоначальнаго вѣса (125 ф.) на 4 ф., противъ минимальнаго, бывшаго во время разрыва каверны на 14 ф. Кашля очень мало, лихорадки вовсе не было, одышка незначительная, физическія же явленія въ лѣвомъ легкомъ почти вовсе не измѣнились къ лучшему. Съ такимъ стойкимъ улучшеніемъ оставался въ теченіи 2-хъ лѣтъ, причемъ зимою иногда усиливался кашель и на короткое время появлялось незначительное лихорадочное состояніе. Въ 1881 г. въ январѣ найдены слѣдующія измѣненія: подъ лѣвой ключицей и in fossa supraspinata ясное притупленіе; отъ соска внизъ, подъ мышкою и ниже spina scapulae вполнѣ тупой тонъ и отсутствіе голосоваго дрожанія, везикулярнаго дыханія нѣтъ, только подъ ключицею едва слышно бронхіальное дыханіе. Лѣвая половина груди, на границѣ нижней трети съ средняго на $1^1/_2$ с. больше правой, сердце едва на 2 с. подвинулось влѣво. Сдѣлана пробная пункція и извле-

чено немного гнойнаго эксудата; на операцію плевротоміи больной не согласился, считая себя здоровымъ и ничего лучшаго не желая. Вѣсъ тотъ-же (129 ф.), спир. емкость 1080 к. с.. Лѣтомъ назначенъ кумысъ и леченіе сжатымъ воздухомъ изъ аппарата Вальденбурга, послѣ чего емкость легкихъ увеличилось на 200 к. с.. Къ концу года нерѣдко стали появляться значительныя носовыя кровотеченія. Въ правомъ паху и на внутренней поверхности бедра (подъ fascia lata) появилось значительная флуктцирующая опухоль, мало болѣзненная и только немного затрудняющая ходьбу (abscessus frigidus). Одновременно съ этимъ, существовавшее прежде умѣренное выпячиваніе межреберныхъ промежутковъ исчезло, размѣры обоихъ половинъ грудной клѣтки сдѣлались одинаковыми, одышка и кашель замѣтно уменьшились, линія полной тупости слѣва нѣсколько понизилась, дыханіе въ лѣвой верхушкѣ начало появляться (опорожненіе эксудата къ правому бедру). Вѣсъ тѣла увеличился на $1^1/_2$ ф.. Въ половинѣ 1882 г. холодный нарывъ на бедрѣ значительно увеличивается, флуктуація достигаетъ почти до колѣна; окружность праваго бедра въ верхней его трети на 5 с. болѣе, чѣмъ лѣваго; in fossa supraspinata и подъ ключицей въ лѣвомъ легкомъ ясное везикулярное вдыханіе, одышка еще болѣе уменьшилась. Въ половинѣ 1883 г. одышка еще меньше; емкость легкихъ увеличилась на 100 к. с. (2100); опухоль на правомъ бедрѣ стала уменьшаться, (окружность его только на 2 ц. болѣе лѣваго). Въ верхней половинѣ лѣваго легкаго появилось слабое везикулярное дыханіе, въ нижней же по прежнему тупой тонъ, хотя сзади, ниже угла лопатки, появилось слабое голосовое дрожаніе; наибольшая тупость держится подъ мышкою. Сердце подвинулось значительно влѣво, дойдя до средней линіи грудной кости. Назначены морскія ванны, а потомъ купаніе въ морѣ, которыхъ по излишнему усердію больной сдѣлалъ болѣе 80, купаясь во всякую погоду и по долгу оставаясь въ водѣ. Отъ такихъ усердныхъ купаній я незамѣтилъ никакого вреда; напротивъ, получилось $3^1/_2$ ф. прибыли вѣса, больной окрѣпъ и чувствовалъ себя прекрасно. Опухоль на бедрѣ значительно уменьшилась, нисколько не мѣшая больному ходить пѣшкомъ по нѣскольку верстъ, везикулярное дыханіе слѣва сдѣлалось явственнѣе, линія тупаго тона понизилась, занимая только нижнюю треть. Только подъ мышкою попрежнему тонъ оставался тупымъ и везикулярнаго дыханія не было слышно. Въ 1884 г. физическія явленія тѣже, но силы и вѣсъ еще болѣе увеличились (137 ф.). пневмат.+140—60 m. m. Спир. емкость прежняя (2100 к. с.). Въ такомъ состояніи больной уѣхалъ изъ Ялты послѣ 6-ти лѣтняго леченія, для поступленія въ университетъ.

№ XXIII. Pneumothorax. Улучшеніе, продолжительность болѣзни 4 мѣсяца, время леченія тоже 4 мѣсяца.—77 $\frac{IV}{7}$ г. Г-нъ Х., 21 г., бухгалтеръ, наслѣдственнаго расположенія не имѣетъ. 4 мѣсяца назадъ, вслѣдствіе простуды, заболѣлъ острымъ воспалительнымъ процессомъ въ лѣвомъ легкомъ; появились: сильный кашель, лихорадка съ ночными потами, боли въ лѣвой половинѣ грудной клѣтки и кровянистая, по временамъ, мокрота.—Въ настоящее время жалуется на слабость, одышку и по вечерамъ незначительную лихорадку. Ростъ 185 с., емкость легкихъ 3000 к. с. (вм. 4400), вѣсъ 162 ф. и пневм. сила+60—20 m. m. Въ лѣвомъ легкомъ, in fossa supraspinata, притупленіе; при выслушиваніи во всей верхней долѣ замѣчается дыханіе глухое, неопредѣленное, при глубокомъ вдыханіи съ слабымъ субкрепитирующимъ хрипомъ; въ области лопатки и между лопаткою и позвоночникомъ слабый выдохъ. Послѣ мѣсячнаго status quo, вдругъ (10 мая) почувствовалъ сильную боль въ лѣвой половинѣ груди и появилась высокая температура при усилившемся кашлѣ безъ мокроты. При изслѣдованіи тонъ слѣва умѣренно тимпаническій, дыханія нигдѣ не слышно, а вмѣсто того въ верхушкѣ слабый металли-

ческій хрипъ; сердце смѣщено вправо за l. parasternalis dextra; быстро развился умѣренный эксудатъ. Послѣ четырехнедѣльнаго примѣненія летучихъ мушекъ и внутренняго употребленія іодистаго калія (до 15 гр. p. die) лихорадочное состояніе прекратилось и эксудатъ замѣтно сталъ всасываться; слабость и одышка также уменьшились. Общее состояніе больнаго постепенно улучшилось и къ началу Августа въ верхней долѣ лѣваго легкаго появился едва слышный дыхательный шумъ; верхняя линія притупленія, зависѣвшаго отъ эксудата, понизилась, смѣщеніе сердца вправо меньше. Емкость легкихъ 2000 к. с., вѣсъ тѣла 160 ф.. Одышка и кашель незначительны.—Настоящій случай показываетъ, что и въ последней степени развитія легочнаго процесса, сопровождавшагося разрывомъ каверны и вхожденіемъ воздуха въ легочный мѣшокъ, нерѣдко получается въ короткое время улучшеніе, если пораженіе ограничивается небольшимъ пространствомъ.

№ XXIV. Полное выздоровленіе; продолжительность болѣзни 1 годъ 9 мѣс., леченія и пребыванія въ Крыму 6 лѣтъ.—77 г. $\frac{IX}{26}$.Г-нъ А. 22 л., холостъ. Въ Январѣ 1876 г. въ Москвѣ вслѣдствіе простуды заболѣлъ кашлемъ и лихорадочнымъ состояніемъ съ ночными потами; черезъ нѣсколько дней появилось сильное кровохарканіе, продолжавшееся съ небольшими перерывами въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ и иногда доходившее до 3 тазиковъ въ день. Лѣтомъ (76 г.) въ Кіевѣ отъ кумыса поправился и зиму провелъ сносно на родинѣ въ Черниговской губерніи; весною 77 г. опять сильное кровохарканіе, отъ котораго лѣтомъ оправился, тоже при употребленіи кумыса. Въ настоящее время безпокоитъ сухой кашель, одышка и вечеромъ небольшое лихорадочное состояніе.—Ростъ 164 с., емкость легкихъ 1750 к. с. (вм. 3150), вѣсъ 144 ф., пневм. сила +50—30 m. m.. Въ правой верхушкѣ спереди и сзади явственное притупленіе и подъ ключицей тимпаническій звукъ. При выслушиваніи въ той же правой верхушкѣ жесткое вдыханіе и бронхіальное выдыханіе, подъ ключицей рѣзкій бронхіальный выдохъ; въ нижней части, подъ мышкою и сзади дыханіе ослабленное и по мѣстамъ плевритическое треніе.—Въ теченіи 6-ти недѣль значительное улучшеніе, что касается общаго состоянія и лихорадки: но физическое изслѣдованіе не обнаруживаетъ почти никакой разницы въ правомъ легкомъ, кромѣ образовавшейся значительной впадины подъ ключицею. Въ Февралѣ (78 г.) ухудшеніе, продолжавшееся 5 недѣль, т. е., появленіе въ правой верхушкѣ субкрепитирующихъ хриповъ, лихорадки, ночныхъ потовъ и обильнаго отдѣленія мокроты. Весною и лѣтомъ стойкое улучшеніе и увеличеніе легочной емкости на 700 к. с. вѣсъ остался безъ перемѣны. Лѣтомъ кашель и количество мокроты значительно убавились, впадина подъ правою ключицею еще болѣе увеличилась, тимпаническаго звука не замѣтно, но бронхіальный выдохъ и притупленіе оставались во все время пребыванія на Югѣ. Съ этого времени, въ теченіи 5-ти лѣтняго пребыванія въ Ялтѣ, А. чувствовалъ себя хорошо, умѣренно кашляя изрѣдка по утрамъ, ни разу не получалъ ухудшенія и занимался своими дѣлами, но въ холодное время года держалъ себя осторожно. Въ 1884 г. уѣхалъ домой.

№ XXV. Сначала улучшеніе, потомъ смерть; продолжительность болѣзни до пріѣзда въ Крымъ 3 мѣсяца, продолжительность леченія 7 мѣсяцевъ.—77 г. $\frac{IX}{20}$. Г-нъ В., 25 л., студентъ университета. Въ началѣ Іюля, послѣ простуды заболѣлъ кашлемъ и лихорадочнымъ состояніемъ. Въ настоящее время по вечерамъ незначительная лихорадка, обильное отдѣленіе желтой мокроты, по временамъ окрашенной кровью; голосъ охриплый.—Ростъ 158 с., емкость легкихъ 1900 к. с. (вм. 2850), вѣсъ тѣла 126 ф. и пневм. сила +60—40 m. m.. Справа подъ ключицей въ первомъ межреберьи и сзади in fossa supraspin. и между лопаткой и позвоночникомъ звукъ тупой, выдыханіе бронхіальное и при кашлѣ (сзади) слабый субкрепитирующій

хрипъ; въ остальныхъ мѣстахъ умѣренное притупленіе и ослабленное дыханіе. Подъ вліяніемъ прогулокъ на воздухѣ и обильнаго употребленія молока питаніе и силы стали быстро улучшаться, несмотря на повторявшееся умѣренное кровохарканіе; въ теченіе 5-ти недѣль вѣсу прибыло 13 ф., кашель и количество мокроты значительно убавились, дыханіе въ нижней части праваго легкаго улучшилось, но подъ ключицей бронхіальный выдохъ сдѣлался сильнѣе. По временамъ появлялись безъ видимой причины безсонница, сердцебіеніе и примѣсь крови къ мокротѣ. Черезъ 3½ мѣс. (февр. 78 г.) вѣсъ тѣла увеличился еще на 10 ф. (а всего прибыло за 5 мѣс. 23 ф.) и спир. емкость на 150 к. с. Общее состояніе удовлетворительно, кашля и мокроты мало. Въ мартѣ, при наступленіи болѣе теплой погоды, стали появляться по временамъ приливы крови къ лицу и головѣ и плохой сонъ и вдругъ сдѣлалось обильное бронхіальное кровотеченіе, продолжавшееся нѣсколько дней; потомъ сильное лихорадочное состояніе съ быстрымъ распаденіемъ легочной ткани, при чемъ процессъ распространился и на лѣвое легкое; черезъ 6 недѣль послѣдовала смерть.

№ XXVI Значительное улучшеніе; продолжительность болѣзни 1 годъ; леченіе въ Ялтѣ 11 мѣсяцевъ.—1874 г. $\frac{VII}{17}$. Г-жа 30 л., замужемъ 12 лѣтъ, имѣла 6 дѣтей и 4 аборта. Мать умерла отъ чахотки 35 лѣтъ, братъ 21—года. Въ дѣтствѣ страдала сильною золотухою и всегда была малокровна; въ области селезенки всегда чувствовала боли. Незначительный кашель и одышка давно существуютъ; серьезно болѣетъ грудью одинъ годъ, причемъ зимою имѣла сильную лихорадку, ночные поты и 4 раза умѣренное кровохарканіе.—Въ настоящее время большая слабость и обильное отдѣленіе по утрамъ комковатой, зеленовато-сѣрой мокроты; лихорадка и ночные поты умѣренные, поносъ до 3-хъ разъ въ день; страдаетъ отсутствіемъ аппетита и безсонницей. Ростъ 155 с., емкость легкихъ 1400 к. с. (вм. 2500), вѣсъ тѣла 114 ф. (прежде была полная). Надъ лѣвой верхушкою ясное притупленіе и подъ ключицей тонъ разбитаго горшка, при вдыханіи множество грубыхъ субкрепитирующихъ хриповъ и въ надъ-остной ямкѣ дующее бронхіальное выдыханіе; подъ мышкой грубый плевритическій аффриктъ. Въ правой верхушкѣ ослабленное неопредѣленное дыханіе и въ области лопатки слабый влажный хрипъ; пульсъ всегда учащенный (120). При употребленіи кумыса въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ вѣсу прибыло 11 ф., емкость легкихъ увеличилась на 100 к. с.: мокроты меньше, кашель слабѣе и температура дошла до нормальной, изрѣдка по вечерамъ достигала 37,8°C; хриповъ въ лѣвомъ легкомъ гораздо меньше, бронхіальное выдыханіе слабѣе (мѣстное леченіе состояло изъ множества мушекъ). Въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ (съ Окт. по Декабрь) пользовалась молокомъ (3—5 бутылокъ) и рыбьимъ жиромъ (2—5 столовыхъ ложекъ) и вѣсу прибыло еще 17 ф., не смотря на плохой сонъ и отсутствіе аппетита. Въ концѣ декабря, послѣ пріѣзда мужа, появились сильныя колющія боли въ сторонѣ сердца, подъ мышкою и in fosta supraspin. съ умѣреннымъ повышеніемъ температуры до 38°C).. незначительнымъ кровохарканіемъ, плевритическимъ шумомъ тренія: но послѣ нѣсколькихъ мушекъ явленіе плеврита стихло въ теченіи 2½ недѣль и больная продолжала поправляться до конца мая, при чемъ пріобрѣла еще 8 ф. вѣса,—всего же за 11 мѣсяцевъ—36 ф.. Дыханіе въ лѣвомъ легкомъ значительно улучшилось, хрипы почти исчезли, равно какъ и тонъ разбитаго горшка; въ подключичной области образовалась плоская впадина; но бронхіальный выдохъ въ области лопатки и плевритическое треніе подъ мышкою остались. Въ такомъ состояніи больная на лѣто уѣхала въ Харьковъ. Осенью, вслѣдствіе ухудшенія снова пріѣхала въ Крымъ.—Кромѣ феноменальной прибыли вѣса, зависящей отъ обильнаго употребленія молока и рыбьяго жира, настоящій случай интересенъ еще тѣмъ, что

обострѣніе (автоинфекція?) плеврита въ декабрѣ послѣдовало не отъ простуды, которой не могло быть, а повидимому отъ волненія и ощущенія, связанныхъ съ пріѣздомъ мужа.

№ XXVII. Полное выздоровленіе; продолжительность болѣзни 5 мѣсяцевъ, леченія 9 мѣс.—1879 г. $\frac{IX}{6}$. Г-жа К., 17 лѣтъ, дѣвица, родственнаго расположенія не имѣетъ, была всегда здорова и крѣпкаго тѣлосложенія. Вслѣдствіе нелѣпаго воспитанія крайне капризна и раздражительна, часто страдала сердцебіеніемъ и приливами крови къ лицу и къ головѣ. Въ теченіи лѣта часто бывали лихорадка и отвращеніе къ пищѣ, вслѣдствіе чего очень похудѣла (вѣсъ 3 пуда). Ростъ 155 с., емкость легкихъ 1500 к. с. (вм. 2560), сила выдыханія 40 m. m.. Въ лѣвой верхней долѣ притупленіе, подъ ключицей тонъ горшка и созвучные хрипы; въ остальныхъ мѣстахъ лѣваго легкаго потемненное, неясное везикулярное дыханіе. Лихорадка 38,5—40°, съ ознобами. Послѣ 6-ти-недѣльнаго употребленія кумыса вѣсу прибавилось 15 ф., температура сдѣлалась нормальною. Въ теченіи зимы постоянно бывала на воздухѣ и много пила молока, при чемъ аппетитъ оставался хорошимъ; изрѣдка возвращалась умѣренная лихорадка (до 38,4°С). Къ концу мая вѣсу прибавилось еще 23 ф., а всего за 9 мѣсяцевъ 38 ф., но легочная емкость осталась таже. Въ апрѣлѣ было кровохарканье, не причинившее вреда. Въ лѣвой верхушкѣ хрипы исчезли, осталось умѣренное притупленіе и in fossa supraspin. дующее бронхіальное выдыханіе. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ больная въ Москвѣ вышла замужъ, родила и до настоящаго времени чувствуетъ себя здоровою.—Настоящій случай поучителенъ тѣмъ, что больная только тогда стала переносить кумысъ и поправляться, когда мнѣ удалось повліять на улучшеніе ея характера.

№ XXVIII. Выздоровленіе, продолжительность болѣзни 1½ года,—леченія 7 мѣсяцевъ.— 1884 г. $\frac{IX}{23}$. Г-жа Д. 19 лѣтъ, дѣвица. Въ дѣтствѣ была очень золотушна, слаба и анемична, по зимамъ нерѣдко кашляла. Родственнаго расположенія къ чахоткѣ не имѣетъ: регулы неправильны съ пропусками и скудны. Съ апрѣля настоящаго года усилился кашель, появились боли въ груди и лихорадка, часто до 40°С, съ ночными потами, раза два было умѣренное кровохарканіе. St. praesens: исхуданіе (111 ф. вѣсу), блѣдность, золотушный насморкъ съ зловоннымъ отдѣленіемъ, опуханіе на шеѣ лимфатическихъ желѣзъ. Кашель сильный, температура по вечерамъ 39°С, ночные поты, регулы отсутствуютъ въ теченіи 6 мѣсяцевъ. Въ сторонѣ правой верхушки тонъ почти тупой, подъ ключицей звукъ разбитаго горшка и явственная впадина, при вдыханіи и кашлѣ смѣшанные хрипы и in fossa supraspin. бронхіальное дыханіе. Въ лѣвой, верхушкѣ ослабленное неопредѣленное дыханіе и подъ мышкою слабое плевритическое треніе.—Ростъ 160 с.; емкость легкихъ 1800 к. с. (вм. 2800). Назначено молоко съ коньякомъ и креозотъ съ іодоформомъ въ пилюляхъ. Въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ получилось постепенное улучшеніе, температура пришла къ нормѣ; нерѣдко бывалъ поносъ; вѣсу прибыло 5 ф.. Съ декабря желудокъ и аппетитъ улучшились, больная стала много гулять на воздухѣ и питаніе начало быстро улучшаться (за 20 дней вѣсу прибыло 8 ф.); въ концѣ марта вѣсу прибыло еще 17 ф., а всего за 6½ мѣсяцевъ 22 ф., появились регулы. Физическія явленія въ легкихъ стали улучшаться только къ веснѣ; тонъ разбитаго горшка и хрипы почти исчезли, осталось только сзади бронхіальное выдыханіе и притупленіе. Въ такомъ состояніи Д. отправилась въ апрѣлѣ домой.

№ XXIX. Status quo, продолжительность болѣзни 6 мѣсяцевъ, леченія 8 мѣсяцевъ. 1884 г. $\frac{15}{IX}$. Г-жа С. жена священника, 13 лѣтъ замужемъ, родила 6 дѣтей, имѣетъ наслѣдственное расположеніе. Весною появились: кашель, охриплость, боли въ груди и

значительная лихорадка съ ночными потами.—Въ настоящее время обильное отдѣленіе гнойной мокроты, сильная лихорадка съ ознобами и потами, слабость и одышка до такой степени, что съ трудомъ передвигается безъ помощи другихъ. Ростъ 155 с., емкость легкихъ 1400 к. с. (вм. 2560), вѣсъ тѣла 119 ф. (прежде была очень полная). Въ правомъ легкомъ вверху, спереди и сзади тонъ притупленный, подъ ключицею звукъ горшка и протяжное амфорическое выдыханіе; въ области лопатки бронхіальное дующее выдыханіе и субкрепитирующіе хрипы. Въ лѣвомъ легкомъ, въ области лопатки слабое везикулярное дыханіе и при концѣ слабый субкрепитирующій хрипъ. По всѣмъ даннымъ больная была безнадежна даже для близкаго будущаго и потому я посовѣтовалъ мужу увезти ее обратно домой при малѣйшихъ признакахъ ухудшенія. Въ то же время я высказалъ ему, что при постоянномъ пребываніи на воздухѣ и усиленномъ кормленіи одновременно съ обильнымъ употребленіемъ рыбьяго жира, иногда получается улучшеніе и въ такихъ отчаянныхъ случаяхъ. Огорченный и преданный мужъ принялся съ педантическою точностію исполнять всѣ мои указанія, вынося ежедневно больную на воздухъ и настойчиво и часто питая ее разнообразной питательной пищей (молоко, кефиръ, полусырая говядина, коньякъ, мучнистыя каши и. т. п.).

Кромѣ того, она получала ежедневно отъ 4—8 столовыхъ ложекъ рыбьяго жиру, который хорошо переносила, какъ и массу пищевыхъ веществъ, благодаря замѣчательной выносливости желудка. Такая отчаянная борьба съ угрожавшей смертію продолжалась съ перемѣннымъ успѣхомъ въ теченіи осени и зимы, при чемъ изнурительная лихорадка и ночные поты продолжались то въ большей, то въ меньшей степени. Въ теченіи первыхъ двухъ мѣсяцевъ перевѣсъ взяли бациллы (которыхъ въ мокротѣ была масса) и больная ослабѣла еще болѣе, потерявши 6 ф. вѣсу; но неутомимый отецъ С. боролся упорно, увеличивая количество пищи и рыбьяго жира; къ половинѣ февраля больная не только возвратила утраченные 6 ф., но пріобрѣла еще сверхъ того $1^1/_2$ ф.. Въ это время два раза послѣдовало умѣренное кровохарканье, послѣ котораго вѣсъ снова убавился на 5 ф. и лихорадка усилилась. Благодаря тому же режиму и 8-ми столовымъ ложкамъ рыбьяго жиру (ежедневно), вѣсъ въ началѣ апрѣля снова увеличилсяна 2 ф.. Замѣчательно, что вѣсъ тѣла замѣтно уменьшался и лихорадка усиливалась при двукратномъ оставленіи рыбьяго жира. Въ правой верхушкѣ не только не послѣдовало улучшенія, но скорѣе ухудшеніе, именно амфорическое дыханіе сдѣлалось явственнѣе и появились пещерные хрипы съ металлическимъ оттѣнкомъ; только въ лѣвомъ легкомъ дыханіе нѣсколько улучшилось. Въ такомъ состояніи больная весною отправилась въ деревню, переживши сверхъ ожиданія зиму и весну. Я не сомнѣваюсь, что при обычныхъ, т. е.. худшихъ условіяхъ она не прожила бы и 3-хъ мѣсяцевъ. Столь могущественно постоянное вліяніе чистаго. озонированнаго воздуха и форсированнаго питанія, при поразительной выносливости желудка.

№ XXX. Pyopneumohorax. Улучшеніе, потомъ смерть; продолжительность болѣзни $1^1/_2$ г., леченія 7 мѣсяцевъ. 1880 г. $\frac{IX}{7}$. Н. 17 л., еврей. Весною сдѣлалось хуже, было умѣренное кровохарканіе и значительная лихорадка; нѣсколько недѣль назадъ колотье и боли въ правой половинѣ грудной клѣтки. St. praesens: ростъ 163 с., емкость легкихъ 1600 к. с. (вм. 3150), вѣсъ 120 ф.. Правая половина груди на 3 с. болѣе лѣвой, ея межреберья выпячены, тонъ при постукиваніи тимпаническій, въ области лопатки и ниже притупленный; при выслушиваніи дыханія и голосоваго дрожанія не замѣчается; только подъ ключицей амфорическое дыханіе съ звучными пещерными хрипами, переходящими въ клокочущія при кашлѣ. Въ

лѣвомъ легкомъ жесткое везикулярное дыханіе. Печень выдается изъ подъ края реберъ на 3 пальца. Значительная одышка и умѣренная лихорадка съ ночными потами. Подъ вліяніемъ кумыснаго леченія, въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ [1]) вѣсу прибавилось 14 ф., силы соотвѣтственно увеличились, одышка стала меньше, лихорадка исчезла. Въ правомъ легкомъ перемѣны незамѣтно, кромѣ нѣкотораго уменьшенія эксудата въ нижней части (вліяніе улучшеннаго питанія и мускъ). Черезъ $3^1/_2$ мѣсяца отъ начала леченія (въ декабрѣ) вѣсу прибыло еще 3 ф. (всего 17 ф), количество воздуха въ плевральномъ мѣшкѣ убавилось, тимпаническій звукъ слабѣе и правая половина груди только на 1 с. болѣе лѣвой; въ области лопатки появилось слабое везикулярное дыханіе, созвучные хрипы и амфорическое дыханіе слабѣе. Въ февралѣ появились вдругъ боли, плескъ эксудата, межреберья снова выпятились (новое вхожденіе воздуха, въ полость плевры) при выслушиваніи cliquét metallique, лихорадка съ ознобами и потами снова вернулась, а въ теченіи пяти недѣль больной потерялъ 10 ф. вѣса. Въ апрѣлѣ послѣдовала смерть.

IV. ПРИЧИНЫ БОЛѢЗНИ (ЭТІОЛОГІЯ).

Если бы вопросъ о Коховскихъ бациллахъ былъ рѣшенъ окончательно въ томъ смыслѣ, что зараженіе ими есть единственная причина чахотки, то этіологія послѣдней могла-бы быть сведена къ отысканію источниковъ посредственнаго или непосредственнаго зараженія. Но даже и въ такомъ случаѣ старая этіологія, какъ она излагается въ руководствахъ, не потеряла-бы своего значенія, такъ какъ поступленіе въ дыхательные пути бациллъ не ведетъ непремѣнно и неизбѣжно къ заболѣванію чахоткою и такъ какъ для прививки и размноженія паразита необходимы еще благопріятствующія условія, которыя, строго говоря, далеко еще неизвѣстны, но которыя имѣютъ несомнѣнную связь съ старою этіологіею болѣзни. Почти всѣ авторы, признающіе паразитную натуру болѣзни, въ томъ числѣ самъ Кохъ, указываетъ на важность подготовляющихъ или предрасполагающихъ условій для зараженія, каковы: наслѣдственная или пріобрѣтенная слабость организма и мѣстныя заболѣванія дыхательнымъ органовъ—бронхиты и плевриты. Большая часть этихъ условій заключается въ старыхъ этіологическихъ моментахъ чахотки, которые, до открытія Кохомъ туберкулезныхъ палочекъ, были прямо называемы *причинами*, такъ какъ полагали, что они *производятъ* болѣзнь; теперь же ихъ приходится называть посредствующими или не

---

[1]) Въ Ялтѣ, какъ увидимъ ниже (см. леченіе кумысомъ), можно пользоваться кумысомъ 7 и даже 8 мѣсяцевъ сряду, съ апрѣля по ноябрь, что даетъ ей большое преимущество передъ другими кумысными станціями, которыя располагаютъ вдвое меньшимъ срокомъ леченія.

прямо производящими болѣзнь, потому что онѣ будутъ подготовлять тѣмъ или другимъ способомъ почву для зараженія паразитомъ и для его развитія. Такимъ образомъ, прежняя этіологія сохраняетъ свою цѣну и будетъ сохранять ее и въ будущемъ, содѣйствуя болѣе точному изученію тѣхъ условій, при которыхъ получается успѣшное зараженіе микропаразитомъ. „Что касается этіологіи чахотки, то открытіе палочекъ, по словамъ проф. Leyden'а, далеко еще не выяснило вопроса окончательно, ибо условія, при которыхъ палочки, попадая въ легкія, начинаютъ развиваться и ведутъ къ чахоткѣ, настолько же темны, какъ и развитіе чахотки вообще“ [1]).

Обратимся къ даннымъ журнала. При записываніи анамнеза больныхъ я спрашивалъ, какъ началась болѣзнь и какая причина ея, по мнѣнію больнаго и пользовавшихъ врачей, и вносилъ въ журналъ только тѣ отвѣты, которые казались мнѣ болѣе или менѣе правдоподобными и соотвѣтствовавшими даннымъ объективнаго изслѣдованія. Такимъ способомъ этіологія отмѣчена на 518 случаяхъ (почти 52%) изъ нихъ 204 относятся къ мущинамъ (20,4%) и 314 къ женщинамъ (31,4%). По отношенію ко всему числу мужчинъ (624) и женщинъ (376) причины отмѣчены у мужчинъ въ 32,6%, у женщинъ въ 83,5%. Причина такой неравномѣрности между полами частью заключается въ большей сообщительности женщинъ. Отмѣтки журнала относятся къ 16 или 17 разнороднымъ заболѣваніямъ, изъ которыхъ, очевидно, не всѣ имѣютъ одинаковую цѣну въ этіологическомъ отношеніи, а нѣкоторые едвали имѣютъ какую либо связь съ послѣдовавшей болѣзнью легкихъ (напр. дифтеритъ); тутъ очевидно post hoc ergo propter hoc. Тѣмъ не менѣе я считаю не лишнимъ привести ихъ здѣсь всѣ, какъ онѣ записаны въ журналѣ.

Для предварительнаго нагляднаго обзора считаю нужнымъ перечислить всѣ причинные моменты въ % и въ нисходящемъ порядкѣ ихъ частоты.

Таб. 8.

1. Малокровіе, хлорозъ и т. п.	24,1%
2. Золотуха.	17,7
3. Наслѣдственность.	16,2
4. Сифилисъ	10.2
5. Плевриты	8,49
6. Врожденность	5,4
7. Послѣродовыя болѣзни . .	4,2
8. Частые роды и кормл. грудью .	3,47

[1]) Врачъ 84. № 49. стр. 833.

9.	Тифъ	2,5
10.	Простуда.	1,7
11.	Болотныя лихорадки. . . .	1,5
12.	Алкоголизмъ	1,35
13.	Корь	0,96
14.	Нагноеніе, костоѣда	0,96
15.	Воспаленіе легкихъ	0,5
16.	Дифтеритъ.	0,38

О зараженіи отъ больныхъ и о кровохарканьи, какъ причинахъ, будетъ рѣчь особо.

1. Малокровіе.

Большинство авторовъ, говоря объ этіологіи чахотки, вовсе не упоминаетъ о малокровіи; другіе же говорятъ только вскользъ, въ нѣсколькихъ словахъ. Буль [1]) говоритъ, что анемія, развивавшаяся послѣ тяжелыхъ болѣзней, потери соковъ и силъ и т. д., ведетъ за собою преходящее расположеніе къ чахоткѣ; Эйхгорстъ [2]) и Sée [3]) упоминаютъ, что легочная чахотка является иногда, особенно у женщинъ, подъ видомъ хлороза и анеміи. Только Immermann высказывается болѣе рѣшительно, находя тѣсную связь анеміи съ чахоткою [4]): „изъ заболѣваній дыхательнаго аппарата надо преимущественно назвать легочную чахотку, какъ частую и притомъ въ высшей степени важную послѣдовательную болѣзнь какимъ бы-то нибыло путемъ пріобрѣтенной анеміи, идіопатической или симптоматической". Далѣе Immermann справедливо замѣчаетъ, что у анеміи и чахотки одна и та же этіологія, что всѣ вредныя условія (нужда, тяжкій трудъ, подавляющія душевныя волненія и т. п.), подъ вліяніемъ которыхъ развивается малокровіе, производятъ также чахотку, такъ что анемія подготовляетъ для послѣдней почву. Въ чемъ именно заключается связь анеміи съ чахоткой, авторъ отказывается дать объясненіе. Нужно думать, что анемія производитъ

---

[1]) Буль. Воспаленіе легкихъ. Бугорчатка и чахотка. 1875 г. Спб. стр. 133.

[2]) Эйхгорстъ. Руков. къ част. патол. и терапіи 1883 г. стр. 595.

[3]) Sée, op. c. p. 145.

[4]) Руков. къ част. патол. и терапіи, издан. Цимсеномъ 1876 г. Анемія. стр. 386.

ту питательную инсуффиціенцію (hypotrophie contitutionelle), о которой говоритъ Jacoud [1]) и въ которой онъ усматривалъ сущность чахотки до открытія Коха; питательная же инсуффиціенція, въ свою очередь, уменьшаетъ жизненную способность человѣческаго организма въ борьбѣ за существованіе и въ частности способность противодѣйствія микробамъ, въ чемъ бы она ни заключалась. Кромѣ того, возможно допустить, что при анеміи, какъ и при золотухѣ, слизистая оболочка дыхательныхъ путей легче теряетъ свой защищающій эпителіальный покровъ, чѣмъ облегчается, какъ извѣстно, возможность прививки бациллъ. Какъ бы то ни было, но анемія (включая сюда и хлорозъ), по даннымъ моего журнала, въ 24,1% всѣхъ случаевъ, если не производитъ чахотку, то во всякомъ случаѣ предшествуетъ или сопутствуетъ ей. Столь значительная цифра, какъ и слѣдовало ожидать, падаетъ почти исключительно на женскій полъ, такъ какъ изъ 125 случаевъ 105 (84%) относятся къ женщинамъ и только 20 (16%) къ мущинамъ. По отношенію ко всему числу мущинъ и женщинъ, у которыхъ отмѣчена этіологія, оказывается, что изъ 204 мущинъ только у 20 (9,8%) можно было констатировать анемію (притомъ почти исключительно у юношей), а изъ 314 женщинъ у 105 (33,4%). Слѣдовательно, у женщинъ, заболѣвшихъ чахоткою, анемія встрѣчается въ $^1/_3$ всѣхъ случаевъ и втрое чаще, чѣмъ у чахоточныхъ мущинъ,—фактъ бросающійся въ глаза и трудно согласимый съ остроумной теоріей профес. И Мечникова о поѣданіи микробовъ бѣлыми кровяными шариками [2]). Послѣдніе у малокровныхъ находятся въ достаточномъ или даже большемъ противъ нормальнаго количествѣ и кромѣ того у нихъ же нерѣдко бываетъ гипртрофія селезенки и лимфатическихъ железъ, которымъ упомянутый ученый приписываетъ такую же профилактическую роль истребителей микробовъ [3]). Нужно полагать, что бѣлыя кровяныя клѣтки не въ силахъ справиться съ бациллами Коха, вслѣдствіе ихъ необычайной стойкости, которую, по изслѣдованію д-ра Карста, можно сравнивать (по крайней мѣрѣ въ морфологическомъ и химическомъ отношеніяхъ, развѣ съ стойкостью благородныхъ металловъ, ибо только послѣ кипяченія въ крѣпкихъ минеральныхъ кислотахъ онѣ не могли быть открыты окраскою [4]).

Какъ протекаетъ чахотка, развившаяся на анемической почвѣ и каково ея отношеніе къ исходу? Объ этомъ даетъ понятіе слѣдующая таблица:

---

1) Jaccoud Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire 1881.

2) См. Протоколы VII съѣзда русскихъ естествоиспытателей и врачей въ Одессѣ 1883 г. Въ приложеніи рѣчь профес. Мечникова.

3) Русск. Мед. 84 г. № 1. Изслѣдованіе о мезодермныхъ фагоцитахъ нѣкоторыхъ позвоночныхъ животныхъ.

4) Врачъ. 84 г. № 49 стр. 832.

Таб. 9-я.

	Мужчины.	Женщины.	Оба пола.
Выздоровленіе	9.	60.	69.
Улучшеніе	6.	25.	31.
Ухудшеніе	—	2.	2.
Status quo	2.	1.	3.
Смерть	2.	8.	10.
Исходъ неизвѣстенъ	1.	9.	10.
	20.	105.	125.

Такимъ образомъ, выздоровленіе и улучшеніе получаются въ 80%, т. е. на 21,3% больше, чѣмъ по общей таблицѣ исхода для всей тысячи больныхъ, а смерть уноситъ всего 8% (на 3% меньше). Такой благопріятный исходъ, впрочемъ, въ значительной степени зависитъ отъ того, что изъ 105 женщинъ болѣе половины (60) относится къ первому періоду болѣзни, а это не можетъ не вліять на процентъ исхода въ благопріятномъ смыслѣ; дѣйствительно, процентъ выздоравливаній и улучшеній, благодаря этому обстоятельству, почти совпадаетъ съ таковымъ же для перваго періода—болѣзни (80: 82,5; см. гл. исходы).

Здѣсь кстати сказать нѣсколько словъ объ одномъ явленіи, давно замѣченномъ мною у малокровныхъ женщинъ, отнесенныхъ къ I періоду чахотки. Изъ 60 такихъ женщинъ, по меньшей мѣрѣ, у 40 (около 22% всѣхъ женщинъ 1-го періода) болѣзнь проявляется непремѣнно въ правой верхушкѣ и въ столь незначительной степени, что я нѣкоторое время былъ въ сомнѣніи, не считать ли это явленіе за нормальное? Извѣстно, что въ физіологическомъ состояніи бронхіальное дыханіе и голосовое дрожаніе въ правой верхушкѣ выражены рѣзче, чѣмъ въ лѣвой, благодаря большему просвѣту и большей близости къ грудной стѣнкѣ праваго бронха [1]). У женщинъ, о которыхъ идетъ рѣчь, кромѣ упомянутаго явленія, нѣсколько рѣзче выраженнаго, чѣмъ это обыкновенно бываетъ у здоровыхъ, замѣчается еще слѣдующее: небольшой кашель, продолжающійся нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, ощущеніе тяжести или боли sub sterno или sub clavicula dextra, иногда умѣренное притупленіе подъ ключицей, неопредѣленное дыханіе съ ослабленнымъ выдыханіемъ и одышка; спиром. емкость легкихъ или нормальная, или только немного ниже нормы (на 100—200 к. с.), исхуданіе умѣренное. Всѣхъ этихъ данныхъ, безъ сомнѣнія, недостаточно для того, чтобы на основаніи ихъ признать чахотку, хотя бы начальную, ибо

1) Рук. къ постук. и выслушив. П. Нимейера Спб. 1871. Стр. 78.

большая часть этихъ явленій бываетъ у анемичныхъ женщинъ съ совершенно здоровыми легкими. Я потому только рѣшился отнести указанныхъ женщинъ къ чахоточнымъ 1-го періода, что 1) бронхіальное дыханіе и голосовое дрожаніе въ области правой верхушки у нихъ выражены явно рѣзче, чѣмъ у здоровыхъ женщинъ и мущинъ, 2) что у нихъ въ той же верхушкѣ замѣчается ослабленное везикулярное дыханіе и особенно выдыханіе, 3) что по мѣрѣ улучшенія общаго состоянія при леченіи въ Ялтѣ упомянутыхъ подъ 1, и 2, явленія ослабѣваютъ или измѣняются къ лучшему и 4) что у нѣкоторыхъ изъ этихъ женщинъ при дальнѣйшемъ наблюденіи я ясно могъ констатировать болѣе рѣзкія явленія катарра правой верхушки, напр. хрипы и т. п. Подобный дремлющій катарръ правой верхушки я наблюдалъ у одной молодой анемичной дамы, которая черезъ два мѣсяца заболѣла быстротечной чахоткой, заразившись отъ мужа при уходѣ за нимъ (случай этотъ будетъ подробно описанъ ниже, въ главѣ о зараженіи). Въ подобныхъ случаяхъ начальной чахотки драгоцѣнную услугу для діагноза могло бы оказать микроскопическое изслѣдованіе мокроты на присутствіе бациллъ, но здѣсь именно отхаркиванія мокроты почти никогда не бываетъ.

Указанное выше начальное заболѣваніе правой верхушки у малокровныхъ женщинъ, какъ мнѣ кажется, представляетъ нѣчто особенное и я склоненъ назвать его *зачаточнымъ* или *продромальнымъ катарромъ анемичныхъ*. Такое заболѣваніе встрѣчается довольно часто, можетъ быть какъ слѣдствіе или начало зараженія, иногда можетъ существовать долгое время (мѣсяцы и годы), не переходя въ чахотку, и даже излечиваться совершенно; но чаще всего оно черезъ годъ или два влечетъ за собою уже ясные признаки чахотки.

Что касается леченія чахотки, возникшей на анемической почвѣ, то оно отъ обычнаго отличалось развѣ тѣмъ, что тутъ я особенно охотно и съ большимъ успѣхомъ назначалъ морскія ванны и купанья (въ 1-мъ и 2-мъ періодахъ болѣзни), а также кумысъ.

2. Золотуха.

По частотѣ занимаетъ второе мѣсто, встрѣчаясь въ 92 случаяхъ изъ 518 (17,7%). Связь и сродство золотухи съ чахоткою издавна признавались и теперь признаются наблюдателями. Нѣкоторыя позднѣйшія изслѣдованія на столько подтверждаютъ это сродство, что приводятъ даже къ мысли о тождествѣ процессовъ. Впрочемъ, подобное мнѣніе уже давно высказано было Грэвсомъ [1]), который выставлялъ положеніе,

1) Клинич. лекціи Труссо т. III; приложеніе лекціи Грэвса; стр, 1163.

что „всѣ виды чахотки происходятъ отъ золотушнаго воспаленія легкихъ“; сравнивая припадки золотушнаго воспаленія бедреннаго или колѣннаго сочлененія съ припадками чахотки, онъ усматривалъ въ нихъ сходство и даже тождество. Конгеймъ, еще въ 1879 г., слѣдующими замѣчательными словами формулировалъ сродство или тождество золотухи и бугорчатки: „станетъ ли кто нибудь на основаніи того, что гуммозная опухоль мозга имѣетъ другое происхожденіе, чѣмъ пятно psoriasis, вполнѣ разграничивать другъ отъ друга эти процессы и отрицать всякую связь между ними?“. Далѣе онъ какъ бы пророчески говоритъ: „для человѣка, убѣжденнаго въ паразитической природѣ инфекціонныхъ ядовъ, не можетъ быть сомнѣнія и въ паразитической природѣ туберкулезнаго яда, и онъ съ увѣренностію можетъ ожидать, что вѣроятно въ недалекомъ будущемъ удастся найти внутри туберкулезныхъ узелковъ и золотушныхъ продуктовъ специфическіе организмы“ [1]). Еще далѣе авторъ ставитъ вопросъ: „не обязаны ли всѣ такъ называемыя золотушныя пораженія губъ, полости рта и глотки и въ особенности творожистыя опуханія шейныхъ лимфатическихъ желѣзъ, которыя, какъ извѣстно, получили названіе золотухи, прямому принятію туберкулезнаго яда вмѣстѣ съ пищею и главнымъ образомъ съ зараженнымъ молокомъ?“ (у дѣтей). Я привелъ здѣсь мысли, высказанныя 5 лѣтъ тому назадъ знаменитымъ паталого-анатомомъ, для того, чтобы показать, что онѣ вполнѣ подтвердились недавними изслѣдованіями. Послѣ этого становится понятнымъ тотъ фактъ, что почти всѣ лица съ наслѣдственнымъ или врожденнымъ расположеніемъ къ бугорчаткѣ сначала въ дѣтствѣ страдаютъ въ томъ или другомъ видѣ золотухою. Возможно допустить, что послѣдняя есть уже бугорчатка дѣтскихъ лѣтъ, локализировавшаяся, благодаря особеннымъ условіямъ дѣтскаго возраста, въ периферическихъ органахъ, каковы: кожа, слизистыя оболочки и лимфатическія желѣзы. Такія лица, особливо если они имѣютъ еще habitus phthisicus, по словамъ Конгейма, уже страдаютъ бугорчаткою. Проявляясь въ такой полускрытой или замаскированной формѣ, болѣзнь ограничивается болѣе или менѣе поверхностно расположенными частями или тканями и только значительно позже, въ болѣе зрѣломъ возрастѣ, она достигаетъ легкихъ и другихъ глубже лежащихъ органовъ, дѣлается обобщенною, побѣдивши постепенно всѣ препятствія, на пути лежавшія (лимф. желѣзы и т. п.). Пути и способы такой медленной поступательной автоинфекціи изъ периферическихъ гнѣздъ давно уже извѣстны изъ работъ Вирхова, Буля, Леберта и др. [2]), а также изъ новѣйшихъ изслѣдованій произведенныхъ послѣ откры-

---

[1]) Бугорчатка съ точки зрѣнія инфекц. теоріи.—Ю. Конгейма. Спб. 1880 г. стр. 13 и 17.

[2]) Jaccoud op. c.

тія Коха [1]). Въ настоящее время только весьма немногіе авторы отрицаютъ связь и сродство золотухи и чахотки, не находя между ними ничего общаго; такъ по опытамъ Grancher'а, сообщеннымъ на Копенгагенскомъ конгрессѣ, упомянутыя болѣзни имѣютъ совершенно различный характеръ.

Какимъ способомъ, какими путями получается золотуха въ дѣтствѣ? Зародыши бациллъ, попадая на поврежденную кожу и слизистую оболочку, даютъ поверхностныя культуры въ видѣ экземы и т. п., которыя постепенно инфецируютъ лимфатическіе сосуды и желѣзы подкожной клѣтчатки; здѣсь, главнымъ образомъ въ желѣзахъ, онѣ надолго задерживаются, образуя продолжительныя квартиры или станціи и большею частью только въ юношескомъ возрастѣ прокладываютъ себѣ дорогу глубже въ паренхимотозные органы. Болѣе подробное разсмотрѣніе этого вопроса не входитъ въ программу настоящаго труда.

Обращаясь къ даннымъ журнала, я прежде всего считаю нужнымъ привести одинъ относящійся сюда случай, наглядно показывающій, какъ изъ отдаленнаго золотушнаго гнѣзда можетъ произойти самозараженіе.

№ XXXI. Г. М. 25 л., холостъ, изъ золотушной семьи, самъ тоже страдалъ золотухою, фамильнаго расположенія къ чахоткѣ не было, отецъ potator. Въ 1881, г. въ лѣвомъ паху появился adenitis scrofulosa съ переходомъ въ нагноеніе и образованіемъ фистулъ; въ такомъ состояніи, при умѣренной лихорадкѣ и постепенномъ исхуданіи, больной пробылъ около года, такъ что фистула сдѣлалась хронической, какъ фонтанель. Черезъ годъ сдѣлана операція и рана довольно скоро зажила. Считая себя вполнѣ выздоровѣвшимъ, такъ какъ питаніе и силы значительно улучшились, больной 30 іюля 82 г. принялъ горячую ванну, послѣ которой сдѣлался сотрясательный ознобъ и повышеніе температуры свыше 40°. Ц. На вторые или третьи сутки врачемъ былъ констатированъ воспалительный процесъ въ *лѣвой нижней долѣ,—съ уплотнѣніемъ;* болѣзнь была принята за крупозную пневмонію, получившую неблагопріятный ходъ; черезъ 3 мѣсяца больной пріѣхалъ въ Ялту въ крайне плохомъ положеніи; онъ едва могъ стоять на ногахъ, вѣсъ былъ менѣе 3 пудовъ, температура по вечерамъ 39° и болѣе; въ лѣвомъ легкомъ, начиная отъ лопатки внизъ, ясное притупленіе, умѣренное бронхіальное выдыханіе и при кашлѣ слабые суховатые хрипы; подъ мышкою, начиная съ пятаго ребра, тоже притупленіе, ослабленный fremitus и при кашлѣ иногда шумъ тренія плевры. Вездѣ въ обоихъ легкихъ очень слабое неопредѣленное везикулярное дыханіе, скорѣе неопредѣленный шумъ или жужжаніе. Ясно что здѣсь была не крупозная пневмонія, а острая плевро-пневмонія, вслѣдствіе

[1]) Опыты разныхъ ученыхъ доказали, что такъ называемые золотушные продукты обладаютъ такими же ядовитыми свойствами, какъ и туберкулезъ и при прививаніи ведутъ къ послѣднему въ мѣстной или обобщенной формѣ. Затѣмъ, при всѣхъ золотушныхъ пораженіяхъ (osteitis, arthritis, простой или фунгозный, adenitis, otitis и т. п.), найдены бациллы. На этомъ основаніи Sée утверждаетъ, что всѣ золотушные продукты содержатъ бациллы и что чахотка и золотуха одна и таже болѣзнь. (Sée op. c. p. 112).

автоинфекціи изъ стараго гнѣзда, причемъ горячая ванна способствовала заражепію.

Больной въ теченіи 4-хъ мѣсяцевъ пріобрѣлъ 20 ф. вѣсу (см. кривую его вѣса: гл. X, таб. 62) и потомъ постепенно и медленно выздоравливалъ.

Изъ 92 лицъ обоего пола 49 (9,4%) страдали золотухою только въ дѣтствѣ, а 43 (8,3%) имѣли ее не только въ дѣтствѣ, но и во время заболѣванія легкихъ (in statu praesente). Очевидно, что 1-ая цифра гораздо меньше настоящей, такъ какъ многіе больные плохо помнятъ о томъ, что было въ дѣтствѣ; а нѣкоторые изъ нихъ отрицаютъ золотуху только потому, что имѣютъ о ней неправильныя понятія; обыкновенно золотухой у нашей публики принято называть только сыпи и раны. Если бы возможно было собрать вполнѣ точныя данныя, то цифра чахоточныхъ больныхъ, прежде страдавшихъ золотухою, была бы не 17,7% а, вѣроятно, 30—40%; по крайней мѣрѣ если присоединить сюда лицъ съ наслѣдственнымъ (16,2) и врожденнымъ (5, 4) расположеніемъ, большая часть которыхъ навѣрное имѣла въ дѣтствѣ золотуху, то получится около 40%. Распредѣленіе по поламъ и исходамъ видно изъ слѣдующей таблицы:

Таб. 10.

	Золотуха въ дѣтствѣ.			Золотуха въ настоящемъ.		
	мущ.	женщ.	оба п.	мущ.	женщ.	оба п.
Выздоровленіе	4	13	17	5	15	20.
Улучшеніе	12	8	20	1	16	17.
Ухудшеніе	—	2	2	—	—	—
Status quo	2	1	3	—	—	—
Смерть	2	1	3	2	—	2.
Исходъ неизвѣст.	—	4	4	2	2	4.
	20	29	49 (9,4%).	10	33	43. (8,3%).

Такимъ образомъ, у женщинъ золотуха наблюдается чаще; въ дѣтствѣ разница между полами небольшая (на 20 мущ. 29 женщ.), но въ зрѣломъ возрастѣ, при существованіи уже развитаго легочнаго процесса, разница весьма значительна; у женщинъ золотуха встрѣчается въ 3 раза чаще, чѣмъ у мущинъ.

Исходъ легочнаго заболѣванія получается столь же благопріятный, какъ и при осложненіи анеміей, именно выздоровленіе и улучшеніе получаются при леченіи также въ 80%, но смертность еще меньше (немного болѣе 5%, вмѣсто 8%). Такое благопріятное отношеніе обуслов-

ливается значительнымъ преобладаніемъ женщинъ (67,3°/₀), которыя вообще, какъ увидимъ далѣе, въ Ялтѣ поправляются лучше, чѣмъ мущины. Наиболѣе блестящій результатъ получался въ холодное время года отъ рыбьяго жира, который тутъ наиболѣе умѣстенъ а въ теплое—отъ морскихъ ваннъ и кумыса.

Прибавленіе. Otitis у чахоточныхъ: Считаю нужнымъ сказать здѣсь нѣсколько словъ о *страданіи ушей у чахоточныхъ.* Катарры наружнаго и средняго уха часто сопровождаютъ болѣзнь и иногда ей предшествуютъ; вообще же они бываютъ, по моимъ наблюденіямъ, гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно полагаютъ. Въ этомъ легко убѣдиться каждому врачу, если только онъ, недовольствуясь словами больныхъ, станетъ изслѣдовать остроту слуха часами, а наружный слуховой проходъ и барабанную перепонку зеркаломъ; окажется, что изъ 5-ти больныхъ (примѣрно) по крайней мѣрѣ одинъ хуже слышитъ на которое либо ухо. Замѣчательно, что это большею частью бываетъ на той сторонѣ, на которой находится больное легкое, т. е. чаще всего на правой. При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни (во II и III періодахъ ея) катарръ ушей появляется съ обѣихъ сторонъ. Къ сожалѣнію я рѣдко отмѣчалъ этого рода данныя въ своихъ журналахъ и потому не могу представить цифроваго матерьяла; у меня записано только 11 случаевъ, изъ коихъ 6 относятся къ мущинамъ (1 разъ правое ухо, 1—лѣвое и 4 раза оба) и 5 къ женщинамъ (1 разъ лѣвое ухо и 4 раза оба). Извѣстно, что въ послѣднее время находили у чахоточныхъ въ ушномъ гноѣ бациллы [1]) и это обстоятельство можетъ иногда оказать помощь при распознаваніи [2]); я говорю иногда, потому что большею частью страданіе уха является уже при ясно развитой болѣзни, будучи скорѣе слѣдствіемъ, чѣмъ причиною. Вѣроятнѣе, что чаще получается зараженіе уха черезъ Евстахіеву трубу при отхаркиваніи мокроты, хотя въ рѣдкихъ случаяхъ возможно и обратное явленіе, что культуры первоначально бываютъ въ наружномъ слуховомъ проходѣ, а оттуда инфецируютъ шейныя и бронхіальныя железы, а можетъ быть и прямо проникаютъ въ дыхательное горло черезъ Евстахіеву трубу.

3. Наслѣдственность.

Важное этіологическое значеніе наслѣдственности признается всѣми наблюдателями. Всѣ другіе причинные моменты, сравнительно, не

---

1) Врачъ 84 г. № 2 стр. 28. № 10, стр. 178.
2) Тамъ же, № 32, стр. 548.

часто и очень условно ведутъ къ заболѣванію чахоткою, которая можетъ развиться, но можетъ и пощадить. О наслѣдственности сказать этого нельзя: она роковымъ образомъ, почти неизбѣжно, влечетъ за собою болѣзнь, если только въ раннемъ дѣтствѣ не были приняты энергическія предупредительныя мѣры. Въ чемъ заключается сущность этого загадочнаго наслѣдственнаго расположенія? Большая часть новѣйшихъ наблюдателей, согласно съ старыми воззрѣніями, утверждаетъ, что передается по наслѣдству не самая болѣзнь (бациллы или ихъ зародыши), но что организмъ получаетъ такія свойства, которыя дѣлаютъ почву воспріимчивою для развитія паразитовъ (Koch, Leyden). Debove [1]) и затѣмъ Seé [2]) утверждаютъ, что наслѣдственность есть зараженіе бациллами (на разстояніи) отъ одного изъ родителей, мнѣніе весьма правдоподобное и остроумное, но вмѣстѣ и очень смѣлое. Дѣйствительно, можетъ быть такое зараженіе бываетъ въ большинствѣ случаевъ, но какъ объяснить тогда появленіе наслѣдственной чахотки у тѣхъ лицъ, которые взяты были изъ дому сейчасъ послѣ рожденія? А такіе случаи бываютъ. Притомъ, если допускать зараженіе бациллами путемъ плавающей въ воздухѣ мокроты одного изъ родителей, или путемъ материнскаго молока, зараженіе, обнаруживающееся только черезъ нѣсколько лѣтъ, то почему не допустить не менѣе вѣроятнаго предположенія, что зародыши бациллъ передаются уже плоду отцемъ черезъ сѣмя или матерью черезъ кровь? Разница получится только во времени, нужно полагать, что возможно и то, и другое, т. е., зараженіе на разстояніи и передача зародышей бациллъ плоду. Что же касается того обстоятельства, почему бациллы или ихъ зародыши, попавши въ организмъ ребенка, такъ долго бездѣйствуютъ, развиваясь въ значительномъ количествѣ большею частію черезъ нѣсколько лѣтъ, то Seé справедливо указываетъ на аналогію съ позднимъ наслѣдственнымъ сифилисомъ [3]). Впрочемъ, нельзя сказать, чтобы у дѣтей, родившихся отъ туберкулезныхъ родителей, бациллы дѣйствительно бездѣйствовали: онѣ совершаютъ свою біологическую работу, иногда вызывая ранній туберкулезъ мозговыхъ оболочекъ и легкихъ, чаще же производя переходные сродные продукты, напр.: золотуху, или поддерживая такъ называемую конституціональную слабость и формируя habitum phtisicum, который, по словамъ Конгейма, уже есть скрытая бугорчатка. Еслибы всѣ дѣти, рожденныя отъ туберкулезныхъ родителей, заболѣвали и умирали въ дѣтскіе годы, то бациллярная чахотка могла бы вовсе исчезнуть, вслѣдствіе вымиранія благопріятнаго для развитія палочекъ матеріала; погибая же отъ болѣзни въ зрѣломъ возрастѣ, больные, въ видѣ своего потомства, подготовляютъ

---

1) Паразит. туберкулезъ. Межд. Клин. 83 г. № 11.
2) Sée. l. c. p. 117.
3) Sée l. c. p. 118.

почву для будущихъ культуръ и, такимъ образомъ, поддерживаютъ болѣзнь.

Обращаясь къ цифровымъ даннымъ, относительно *частоты* наслѣдственной чахотки, мы находимъ въ нихъ значительную разницу: процентныя колебанія доходятъ отъ 11—50%; именно Louis находилъ 11%, Barthez и Rilliet 14%, Lebert 16%, Gerard и Cornil 38%, Mill и Cotton 50% [1]).

Мои данныя занимаютъ почти средину, совпадая съ таковыми же Lebert'a (16%) [2]). Если принять во вниманіе, какъ затруднительно собирать отъ больныхъ подобныя данныя, то легко понять столь значительную разницу въ цифрахъ. Нерѣдко больные, понимая роковое значеніе наслѣдственности, стараются какъ бы обмануть судьбу въ лицѣ спрашивающаго врача. Зная это обстоятельство, я большею частью избѣгалъ прямыхъ вопросовъ о наслѣдственности, а осторожно, косвеннымъ путемъ, получалъ отвѣты; при этомъ отрицавшіе наслѣдственное вліяніе проговаривались, что отецъ или мать умерли отъ простуднаго воспаленія легкихъ, проболѣвши 2—3 года. Очевидно, что при собираніи анамнеза такимъ путемъ ускользаетъ $^1/_3$ или даже $^1/_2$ данныхъ; поэтому мнѣ кажется, что мою цифру (16,2%) можно безъ риска удвоить и, такимъ образомъ, получить цифру, близкую къ предложенной Булемъ [3]), т. е., что, по всей вѣроятности, у $^1/_3$ больныхъ имѣется наслѣдственное расположеніе. Въ моихъ данныхъ наслѣдственная чахотка получалась отъ отца въ 3%, а отъ матери въ 6% (въ остальныхъ 7% наслѣдственность записана безъ указанія стороны). Другіе авторы тоже находили, что отъ матери чаще передается болѣзнь, чѣмъ отъ отца, но цифровыхъ данныхъ въ процентахъ я не нашелъ въ сочиненіяхъ, бывшихъ у меня подъ рукой. Судя уже a priori, мать имѣетъ болѣе шансовъ для передачи болѣзни дѣтямъ, чѣмъ отецъ, какъ путемъ рожденія (черезъ кровь плоду), такъ и передачей бациллъ черезъ молоко при кормленіи и черезъ мокроту при кашлѣ (болѣе близкое и болѣе частое соприкосновеніе).

Распредѣленіе всѣхъ 84 случаевъ наслѣдственной чахотки по поламъ и исходамъ видно изъ слѣдующей таблицы:

Таб. 11-я.

Исходы.	Безъ указанія стороны.			Отъ отца.			Отъ матери.		
	мущины.	женщины.	оба п.	мущины.	женщины.	оба п.	мущины.	женщины.	оба п.
Выздоровленіе .	6	2	8	--	6	6	2	9	11
Улучшеніе . .	9	6	15	3	1	4	4,	3	7

1) Sée p. 117.
2) Lebert op. c. s. 483.
3) Буль. op. c. стр. 144.

Ухудшеніе . .	2	1	3	—	—	—	—	—	—
Stat. quo . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Смерть. . . .	6	3	9	—	2	2	5	2	7
Исходъ неизв. .	1	—	1	2	2	4	2	4	6
	24	13	37	5	11	16	13	18	31

Изъ таблицы явствуетъ, что оба пола, вообще, имѣютъ одинаковое расположеніе къ полученію наслѣдственной чахотки, такъ какъ сумма (84 случая) распредѣляется поровну между мущинами и женщинами. Но, если взять только двѣ послѣднія графы (отъ отца и отъ матери), то окажется, что отъ отца дѣвочки получаютъ болѣзнь вдвое чаще, чѣмъ мальчики (5 : 11), а отъ матери только немного чаще (13 : 18).

Исходъ болѣзни, разумѣется, далеко не такъ благопріятенъ, какъ при другихъ причинныхъ моментахъ: выздоровленіе и улучшеніе получаются въ 60°/o (приближаясь къ средней цифрѣ для всѣхъ больныхъ), а смертность, уже за короткое время пребыванія въ Ялтѣ (4 мѣсяца), вдвое больше общей средней, именно—21, 4°/o—вмѣсто 11°/o. Этотъ процентъ, вѣроятно, превратился бы въ 90°/o, если бы возможно было прослѣдить до конца больныхъ наслѣдственною чахоткою. Въ теченіи 11-ти лѣтней практики въ Ялтѣ, я помню не болѣе 3—4 случаевъ выздоровленія или стаціонарнаго улучшенія у лицъ съ несомнѣнною фамильною чахоткою. Бывали случаи, что изъ 10—15 членовъ семьи одинъ не имѣлъ чахотки, между тѣмъ какъ всѣ остальные вымерли. Приведу здѣсь одинъ подобный случай, представляющій интересъ:

№ XXXII. Г-жа С., 23 лѣтъ; замужемъ 7 лѣтъ, родила одного ребенка при сильномъ послѣдовательномъ кровотеченіи, послѣ котораго осталась глубокая анемія; регулы очень обильны, значительныя бѣли, опухоль праваго яичника. Сонъ и аппетитъ плохи, нервозность весьма значительная, нерѣдко бываютъ въ сердцѣ перебои; часто бываютъ носовыя и ушныя кровотеченія. Давно страдаетъ просоналгіей и сильными невралгическими болями въ суставахъ, особенно при сырой погодѣ, при чемъ нерѣдко бываетъ дрожаніе мышцъ въ ногахъ; страдаетъ запорами и геморроемъ. Въ правой верхушкѣ дыханіе ослабленное,—неопредѣленное; спир. емкость легкихъ—2400 к. с., при ростѣ въ 160 с.. Вѣсъ тѣла 121 ф.. Годъ назадъ былъ истерическій параличъ лѣвой ноги. Всѣ братья и сестры въ числѣ *22-хъ человѣкъ* умерли отъ чахотки. Въ дѣтствѣ была сильная золотуха.—Вотъ въ какомъ жалкомъ положеніи находилась больная, пощаженная бациллами, которыя, повидимому, уступили мѣсто разнымъ другимъ недугамъ. Можетъ быть совокупность послѣднихъ представляетъ модифицированную или замаскированную бугорчатку.

4. Сифилисъ.

Грэвсъ находитъ, что сифилисъ у мущинъ наиболѣе благопріятствуетъ развитію чахотки [1]); Буль въ этіологическомъ отношеніи ставитъ его на одну линію съ золотухою [2]); по Lebert'у, оно вообще располагаетъ къ заболѣванію чахоткою и въ особенности часто при опуханіи шейныхъ желѣзъ; но и старые гуммозные узлы даже въ печени и селезенкѣ могутъ вести къ развитію туберкулеза [3]). Только Jaccoud относится скептически къ роли сифилиса при заболѣваніи чахоткою: онъ говоритъ, что при существованіи сифилиса можетъ быть сифилисъ легкихъ, но не туберкулезъ [4]). Но сифилисъ легкихъ есть болѣзнь особенная, при которой чаще всего поражается средняя доля праваго легкаго [5]); чахотка же, развившаяся на подготовленной сифилисомъ почвѣ, ничѣмъ не отличается по своему ходу и характеру отъ обыкновенной. Если плохо излеченный сифилисъ, подобно другимъ болѣзнямъ, ведетъ къ истощенію и моразму, подготовляя благопріятную почву для специфическаго туберкулезнаго паразита, который дѣйствительно можетъ быть найденъ въ мокротѣ, то мы вправѣ говорить о вызванной или произведенной сифилисомъ чахоткѣ. Не входя въ дальнѣйшее разсмотрѣніе вопроса о связи той и другой болѣзни, обратимся опять къ цифровымъ даннымъ журнала. По поводу собранія послѣднихъ я долженъ еще замѣтить, что если у больныхъ чахоткою я находилъ признаки не вполнѣ излеченнаго сифилиса (adenitis universalis, s. inguinalis, сифилиды или ихъ слѣды на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ, періоститы или гуммозныя опухоли и т. п.) и если ихъ легочная болѣзнь развилась послѣ заболѣванія сифилисомъ, черезъ годъ или болѣе, то я считалъ себя вправѣ дѣлать отмѣтку о связи одной болѣзни съ другою. Такимъ образомъ, у меня отмѣчено 53 случая, изъ коихъ 39 (73, 6%) относится къ мущинамъ и 14 (26, 3%) къ женщинамъ. По отношенію ко всему числу мущинъ и женщинъ, у которыхъ записана этіологія (518 случ.), у 7, 5% мущинъ и только у 2, 6% женщинъ можно было поставить чахотку въ связи съ прежде бывшимъ сифилисомъ. Столь значительная разница между полами зависитъ отъ того, что вообще мущины чаще заболѣваютъ сифилисомъ, чѣмъ женщины (по крайней мѣрѣ въ среднемъ классѣ).

---

1) Лекціи Грэвса. См. Клин. лекціи Труссо, стр. 1166.
2) Буль op. c. p. 143.
3) Lebert S. 494.
4) Jaccoud op. c.
5) Эйхгорстъ,—руков. къ ч. пат. и терап. стр. 645.

Черезъ сколько времени появлялась легочная болѣзнь послѣ заболѣванія сифилисомъ? Повидимому, чаще всего, среднимъ числомъ, черезъ 5 лѣтъ, если позволительно дѣлать такой выводъ изъ слѣдующей таблицы:

Таб. 12.

	мущинъ.	женщинъ.
Черезъ 1 годъ	5	2
— 2 —	1	—
— 3 —	3	1
— 4 —	3	—
— 6 —	3	—
— 8 —	1	—
— 9 —	3	—
— 10 —	2	—
— 14 —	1	—
— 15 —	1	—
нѣсколько лѣтъ	16	11
	39	14

Что касается леченія чахотки, имѣвшей этіологическую связь съ сифилисомъ, то оно дало въ Ялтѣ весьма благопріятный результатъ: 84,9% выздоровленій и улучшеній и 7,5% смертности; леченіе было обычное и только изрѣдка противусифилитическое. Считаю не лишнимъ указать на одно странное совпаденіе, вытекающее изъ моихъ наблюденій: большая часть выздоровѣвшихъ отъ развитой чахотки (2-го и 3-го періодовъ) имѣла вмѣстѣ съ тѣмъ признаки невполнѣ излеченнаго сифилиса. Если это не случайное совпаденіе, то возникаетъ вопросъ: не ослабляются ли бациллы Коха въ своемъ развитіи заразой сифилиса?

Отношеніе исходовъ и половъ видны изъ слѣдующей таблицы:

Таб. 13

Исходы.	мущины.	женщины.	оба пола.
Выздоровленіе	21	10	31.
Улучшеніе	10	4	14.
Ухудшеніе	2	—	2.
Смерть	4	—	4.
Исх. неизвѣст.	2	—	2.
	39	14	53.

Приведу здѣсь въ краткомъ извлеченіи двѣ исторіи болѣзни:

№ XXXIII. Г. О. 23 лѣтъ, 3 года назадъ имѣлъ сифилисъ, который лечилъ мало и небрежно; нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ сталъ кашлять. Въ авг. 78 г. пріѣхалъ въ Ялту; блѣдность и исхудапіе весьма значительны; adenitis universalis, на шеѣ одна желѣза перешла въ нагноеніе, на мѣстѣ лобныхъ бугровъ и на лѣвомъ акроміальномъ концѣ ключицы находятся періоститы. Въ правой верхушкѣ умѣренное притупленіе и вездѣ въ обоихъ легкихъ масса свистящихъ- и журчащихъ хриповъ, нѣсколько напоминающихъ астматическіе. Спир. емкость легкихъ 1300 к. с. (вм. 3000) по вечерамъ лихорадочное состояніе до 39° С.. Назначенъ іодистый калій; леченіе, благодаря, помощи климата, было очень удачно. Лихорадка прошла и черезъ 7 недѣль больной неузнаваемо поправился.

№ XXXIV. Второй случай. Г-жа Н. 28 лѣтъ, замужемъ; изъ семьи вполнѣ здоровой. Втеченіи 2-хъ лѣтъ передъ настоящимъ заболѣваніемъ имѣла нѣсколько умѣренныхъ кровохарканій; осенью 82 г. стала значительно кашлять и умѣренно лихорадить; по совѣту врачей отправилась въ Крымъ, но въ пути получила острый правый плевритъ съ потрясающими ознобами и высокой температурой (выше 40°). Въ такомъ состояніи, безъ малѣйшаго улучшенія, она пролежала въ Севастополѣ 6 недѣль, и потомъ переѣхала въ Ялту. При изслѣдованіи я нашелъ умѣренное притупленіе въ верхней долѣ праваго легкаго, а въ нижней трети тупой тонъ, отсутствіе везикулярнаго дыханія и голосоваго дрожанія, сзади, въ лопаточной области, надъ границей тупого тона, рѣзкое бронхіальное выдыханіе и усиленный fremitus. Лѣвое легкое найдено въ здоровомъ состояніи. Истощеніе и слабость крайніе (больная на рукахъ была перенесена отъ пароходной пристани въ квартиру); ежедневно, около полудня значительный ознобъ, и къ вечеру температура поднималась до 40° С. и выше; по ночамъ обильная испарина. Несмотря на жаропонижающіе и мушку (въ области эксудата), больная находилась въ томъ же состояніи 5 недѣль. Узнавши случайно, что она 2½ года тому назадъ имѣла lues, котораго почти вовсе не лечила, я назначилъ іодистый калій, несмотря на отсутствіе несомнѣнныхъ признаковъ сифилиса (кромѣ умѣреннаго аденита) и значительный упадокъ силъ. Эффектъ послѣдовалъ поразительный: въ нѣсколько дней лихорадка прошла, появился аппетитъ, эксудатъ сталъ всасываться. Тогда я назначилъ еще ртуть внутрь и больная черезъ 5 мѣсяцевъ выздоровѣла вполнѣ, пріобрѣтя за это время 30 ф. вѣсу.

По поводу послѣдняго случая можно, разумѣется, возразить, что іодистый калій и ртутныя втиранія назначались и прежде съ успѣхомъ при плевритическихъ изліяніяхъ, не имѣвшихъ ничего общаго съ lues; еще недавно ртутныя втиранія рекомендовались при плевритическихъ эксудатахъ [1]); мнѣ также приходилось назначать нерѣдко іодистый калій, какъ при плевритическихъ выпотахъ, такъ и при катарральныхъ процессахъ въ легкихъ (чахоткѣ); но такого блестящаго результата я не наблюдалъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ о сифилитической почвѣ не могло быть и рѣчи. Я помню еще нѣсколько подобныхъ случаевъ изъ своей практики, гдѣ при катарральныхъ процессахъ въ легкихъ антисифилитическое леченіе давало весьма благопріятные результаты, но всѣ они относились къ лицамъ, не очень давно имѣвшихъ сифилисъ, и еще сохранившимъ какіе либо признаки его. Я хорошо помню и испол-

[1]) Русск. Мед. 84 г. № 40, стр. 821.

няю наставленія профессора В. Т. Покровскаго, который на лекціяхъ нерѣдко говаривалъ, что всѣхъ больныхъ, имѣвшихъ когда либо сифилисъ и страдающихъ трудно излечиваемою болѣзнью, позволительно, въ видѣ опыта, лечить отъ сифилиса, причемъ, если 8 изъ 10 такихъ лицъ мы полечимъ напрасно, то два остальные такимъ леченіемъ будутъ спасены. Къ сожалѣнію, здѣсь, какъ и во многихъ другихъ случаяхъ, служитъ не рѣдко помѣхою рутина и рабскій страхъ передъ авторитетами и обычаемъ.

5. Плевриты.

Наблюдателями давно замѣчено, что воспаленіе подреберной плевы нерѣдко предшествуетъ чахоткѣ и еще чаще сопровождаетъ ее; но отношеніе между этими заболѣваніями понимали большею частью невѣрно, полагая, что плевриты производили чахотку, между тѣмъ какъ недавнія изслѣдованія доказываютъ скорѣе обратное отношеніе. Еще до открытія Кохомъ бациллъ, Конгеймъ сказалъ, что плевра поражается еще въ раннихъ стадіяхъ чахотки, такъ что иногда встрѣчается (при вскрытіяхъ) рѣзко выраженный туберкулезный плевритъ, между тѣмъ какъ въ легкихъ можно найти только небольшое количество узелковъ или незначительную творожистую инфильтрацію. „Это, повидимому, странное отношеніе, продолжаетъ онъ, находитъ себѣ полную аналогію въ томъ постоянствѣ и особенно въ той скорости, съ которою вдыхаемыя частицы угля достигаютъ плевры и бронхіальныхъ лимфатическихъ желѣзъ“ [1]). Далѣе, онъ замѣчаетъ, что „одновременно съ явленіями въ легкихъ или вслѣдъ за ними *заболѣваетъ плевра* и бронхіальныя лимфатическія желѣзы“ (ibid). Jaccoud замѣчаетъ, что по смерти больныхъ, страдавшихъ ограниченными и умѣренными плевритами, послѣ которыхъ черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ можно было констатировать на уровнѣ сращенія образованіе пневмоническаго фокуса, процессъ въ легкихъ какъ разъ соотвѣтствовалъ плевритамъ [2]). Такимъ образомъ, уже давно были извѣстны данныя, позволявшія принимать большую часть раннихъ, или такъ называемыхъ первичныхъ плевритовъ, за автоинфекціонные и скорѣе вторичные, чѣмъ первичные. Въ этіологическомъ отношеніи необходимо признать, согласно съ Debove'омъ, что плевритъ является иногда слѣдствіемъ, иногда причиною чахотки [3]).

---

1) Конгеймъ op. c. стр. 22.

2) Jaccoud op. c.

3) Debove op. c.

Поэтому необходимо отличать 1): *ранніе или первичные плевриты* бациллярнаго происхожденія, которые развиваются одновременно съ зараженіемъ бациллами легкихъ или вслѣдъ за нимъ, подобно тому, какъ мелкія частицы угля послѣ вдыханія быстро появляются подъ плеврой. Такіе плевриты не производятъ чахотку,—они сами уже составляютъ болѣзнь или ея послѣдствіе, подобно тѣмъ плевритамъ, которые такъ часто сопутствуютъ уже развивавшейся чахоткѣ и которые дали поводъ сказать Lorain'у, что „легочная чахотка есть скорѣе рядъ послѣдовательныхъ плевритовъ, чѣмъ такой же рядъ воспалительныхъ процессовъ самаго легкаго" [1]). Такіе ранніе плевриты, развивающіеся быстро, вслѣдъ за поступленіемъ въ дыхательные пути бациллъ, бываютъ, повидимому, очень рѣдко и скорѣе при острыхъ формахъ бугорчатки [2]). На основаніи собственныхъ наблюденій и безпристрастной оцѣнкѣ анамнестическихъ данныхъ, я долженъ сказать, что при такъ называемыхъ начальныхъ плевритахъ, будто бы повлекшихъ за собою чахотку, большею частію дѣло происходитъ иначе: оказывается, что уже за нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ больные чувствовали себя *нехорошо*, слабѣли, худѣли и немного кашляли; потомъ, будто бы отъ простуды (которой нерѣдко вовсе не было, по сознанію самыхъ больныхъ), у нихъ появлялись боли въ боку, лихорадка и усиленіе кашля; приглашенный врачъ находилъ признаки плеврита, съ котораго больные ошибочно и считаютъ начало своей легочной болѣзни. Такъ заболѣла плевритомъ, по меньшей мѣрѣ, $^1/_2$ моихъ больныхъ, у которыхъ отмѣчено, что болѣзнь развилась послѣ плеврита. Эти воспаленія плевры по ходу и характеру вполнѣ сходны съ тѣми плевритами, которые сопутствуютъ уже развитой чахоткѣ и отличаются отъ нихъ нерѣдко только большею силою въ отношеніи продолжительности теченія, болей и лихорадки, что объясняется болѣе рѣзкой реакціей со стороны еще здоровой легочной плевы. Такъ какъ, по моимъ наблюденіямъ, осложняющіе уже развитую чахотку плевриты (или обостренія существовавшихъ прежде) появляются иногда явно при отсутствіи простуды, въ связи съ какими либо физическими усиліями или быстрыми баро—и термометрическими колебаніями, которыя измѣняютъ условія циркуляціи въ легкихъ и механически способствуютъ дальнѣйшей бациллярной инфекціи, то я позволяю себѣ думать, что такимъ же путемъ получается и значительная часть первичныхъ заболѣваній легочной плевы.

2) *Плевриты небациллярные*, простудные, развившіеся у здоровыхъ людей, не имѣющихъ въ анамнезѣ наслѣдственнаго или врожденнаго расположенія къ чахоткѣ. Сюда относятся сухіе мѣстные плев-

---

1) Мед. Обозр. 85 г. № 1, стр. 21.

2) Три подобныхъ интересныхъ случая описаны проф. Renaud. См. Мед. Обозр. 85 г. № 1, стр. 21.

риты и плевриты эксудативные съ болѣе или менѣе значительнымъ выпотомъ. Первые бываютъ часто, какъ это можно заключать изъ сращеній, постоянно находимыхъ при вскрытіяхъ, имѣютъ теченіе доброкачественное и рѣдко у здоровыхъ людей ведутъ къ чахоткѣ. Каждому изъ врачей приходилось наблюдать лицъ, страдающихъ хроническими плевритами, не рѣдко обостряющимися, но тѣмъ не менѣе цѣлые годы не ведущими къ чахоткѣ. Вторые (эксудативные) у здоровыхъ людей бываютъ рѣдко и также прямо не влекутъ за собою чахотки. Но если гнойный выпотъ не всосался или неудаленъ оперативнымъ путемъ, если больнаго истощила и ослабила гнойная лихорадка, то онъ безъ сомнѣнія кандидатъ на чахотку, какъ и всякій ослабленный индивидуумъ, у котораго почва подготовлена для развитія бациллъ, недостатка въ которыхъ не бываетъ въ нашемъ быту. Такихъ больныхъ съ плевритическими выпотами я исключилъ изъ своихъ цифровыхъ данныхъ и буду о нихъ говорить въ отдѣльномъ трудѣ. Слѣдовательно, намъ остается сказать нѣсколько словъ о значеніи въ этіологіи чахотки ограниченныхъ плевритовъ сухихъ или только съ не значительнымъ выпотомъ. Такихъ первичныхъ плевритовъ вообще очень мало въ моихъ цифровыхъ данныхъ и выдѣлить ихъ невозможно, а тѣмъ болѣе на основаніи анамнеза. По Коху плевриты своими сращеніями могутъ мѣшать свободнымъ движеніемъ легкихъ и такимъ образомъ благопріятствовать прививкѣ бациллъ [1]); по Debove'у сдавливаніе легкихъ выпотомъ ведетъ къ относительной ихъ анеміи, которая въ особенности благопріятствуетъ культурамъ бациллъ. Такимъ образомъ, первичные или простудные плевриты не ведутъ къ чахоткѣ прямо, а лишь косвеннымъ путемъ, препятствуя функціональной гипереміи легкихъ, столь необходимой въ профилактическомъ отношеніи.

По даннымъ журнала 44 лица (8,5%) заболѣли чахоткою послѣ плеврита; изъ нихъ 27 (61,3%) мужчинъ и 17 (38,6%) женщинъ. По исходамъ они распредѣлились слѣдующимъ образомъ:

Таб. 14.

	мущины	женщины	оба пола
Выздор.	2	7	9
Улучш.	9	5	14
Ухудш.	4	1	5
Status quo	1	—	1
Смерть	6	2	8
Неизв.	5	2	7
	27	17	44

¹) Русск. Мед. 84 г. № 7, стр. 166.

Изъ процента выздоровленій и улучшеній (52°/₀) и значительной смертности (18°/₀), послѣдовавшихъ уже за короткое время пребыванія больныхъ въ Ялтѣ, явствуетъ, что значительное большинство случаевъ относится не къ доброкачественному простудному плевриту, а скорѣе къ бугорковому.

Здѣсь я долженъ сказать нѣсколько словъ по поводу распознаванія плевритовъ. Первичные острые плевриты и плевро-пневмоніи въ анамнезахъ больныхъ невѣрно фигурируютъ подъ несвойственнымъ названіемъ воспаленія легкихъ или даже крупозной пневмоніи. Казалось бы, что послѣднюю болѣзнь, неимѣющую ничего общаго по сущности, теченію и признакамъ, невозможно смѣшивать съ острыми плевритами, а между тѣмъ это бываетъ. Здѣсь больше всего вводятъ въ обманъ рѣзкое притупленіе тона на мѣстѣ выпота, бронхіальное выдыханіе и усиленіе fremitus *тотчасъ надъ верхней границей притупленія* (выпота), а также плевритическій аффриктъ, который нерѣдко является подъ видомъ субкрепитаціи. Вторая ошибка также бываетъ нерѣдко и возможна гораздо скорѣе. Это смѣшиваніе клиническихъ признаковъ ограниченнаго выпота съ таковыми же легочныхъ кавернъ; извѣстно, что во время, или къ концу плеврита можно находить амфорическое дыханіе, кавернозный голосъ и иногда даже металлическій звукъ съ тономъ горшка или безъ него [1]). Тутъ вѣрнѣе всего предохраняетъ отъ ошибки дальнѣйшее теченіе болѣзни [2]). Впрочемъ, вдаваться въ діагностическія подробности не входитъ въ мою задачу.

VI. Остальныя причинныя болѣзни.

Всѣ остальные причинные моменты, вслѣдствіе ихъ меньшаго этіологическаго значенія, мы разсмотримъ совмѣстно и кратко. Почти всѣ они имѣютъ между собою то общее, что не прямо ведутъ къ заболѣванію, а посредственно, измѣняя къ худшему условія баланса въ организмѣ, ослабляя функціональную его энергенію и уменьшая тѣмъ жизненное сопротивленіе въ борьбѣ за существованіе. „Всякій разъ, когда затрата превышаетъ приходъ, говоритъ Жакку, имѣется уже и условіе производящее бугорчатку, и если подобная аномалія продолжаетъ су-

---

[1]) Sée l. c. p. 295.

[2]) Немало блестящихъ случаевъ излеченія *чахотки* въ Крыму принадлежитъ именно къ этой категоріи. Присылаютъ на югъ повидимому совсѣмъ безнадежныхъ, съ признаками кавернъ, а между тѣмъ они довольно быстро поправляются и выздоравливаютъ.

ществовать, то организмъ окончательно пріобрѣтаетъ ненормальное состояніе (діатезъ) [1]. На ослабѣвшій организмъ охотно нападаютъ всякіе микробы, но перевѣсъ берутъ чаще всего коховскія бациллы, какъ болѣе распространенныя въ нашемъ быту и болѣе стойкія. Сюда относятся: врожденная слабость, частые роды и кормленіе грудью, послѣродовыя заболѣванія, тифы, хроническія лихорадки, алкоголизмъ и т. п.

Врожденнсе расположеніе иногда смѣшиваютъ съ наслѣдственнымъ; въ моихъ данныхъ нѣкоторые больные, по недоразумѣнію, относили свою болѣзнь къ врожденному расположенію вмѣсто наслѣдственнаго. При врожденной болѣзни родители и предки не имѣли чахотки, но страдали разными хроническими ослабляющими недугами и пороками, напр. сифилисомъ, пьянствомъ, золотухою, разными излишествами, или долго подвергались дурнымъ гигіеническимъ условіямъ, благодаря чему и передали своимъ дѣтямъ наслѣдственную слабость и хилость. По мнѣнію Jaccoud, [2]) развившаяся на такой почвѣ болѣзнь имѣетъ всѣ хорошія и дурныя стороны скрофулезной чахотки. Въ моихъ случаяхъ чаще всего передавали своимъ дѣтямъ врожденную наклонность къ чахоткѣ тѣ родители, которые страдали сифилисомъ и пьянствомъ. Всѣхъ случаевъ съ врожденною чахоткою у меня отмѣчено 28 (5,4%), изъ коихъ половина относится къ женщинамъ. Въ 11 семьяхъ заболѣвали только братья, въ 8-ми сестры и въ 7-и тѣ и другіе (для двухъ случаевъ отмѣтокъ не было). Отношеніе этихъ случаевъ къ исходамъ явствуетъ изъ таблицы:

Таб. 15.

	мущины	женщины	оба пола.
Выздоров.	3	4	7
Улучш.	8	7	15
Ухудш.	—	1	1
Смерть	1	1	2
Исх. неизв.	2	1	3
	14	14	28

78,5% выздоровленій и улучшеній и 7% смертности ближе всего подходятъ къ таковымъ же при золотушной формѣ чахотки.

Частые роды и кормленіе грудью дѣйствуютъ въ этіологическомъ отношеніи какъ хроническія истощающія болѣзни или эксцессы. Боль-

[1]) Жакку. Руков. къ част. пат. и терап. стр. 548.
[2]) Jaccoud op. c. 2-me lection.

шинство женщинъ, заболѣвшихъ чахоткою, вслѣдствіе частыхъ родовъ, имѣли дѣтей по нѣсколько лѣтъ сряду. Частое кормленіе грудью, вызывая вслѣдствіи потери соковъ анемію, подготовляетъ почву для легочной болѣзни [1]). Всѣхъ случаевъ, гдѣ болѣзнь можно поставить въ связь съ частыми родами и кормленіемъ грудью, было 18 (почти 3,5°/o), изъ коихъ 13 (72°/o) получили въ Ялтѣ выздоровленіе или улучшеніе, и въ 1 случаѣ послѣдовала смерть.

Послѣродовыя болѣзни, сходствуя по существу и вліянію на организмъ съ острыми инфекціонными болѣзнями и нагноеніями, вліяютъ подобно послѣднимъ въ этіологическомъ отношеніи, т. е. ослабляя, организмъ и такимъ образомъ подготовляя почву для воспріятія заразы. Такъ дѣйствуютъ пуэрперальныя заболѣванія матки и яичниковъ, которыя, по изслѣдованіямъ Пастера, имѣютъ микробное происхожденіе (піэмическій или фурункулезный микробы). Роды и послѣродовое состояніе можетъ быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ ведутъ къ развитію чахотки такимъ образомъ, что функціональное измѣненіе въ кровеносной системѣ, сопровождающее ихъ, благопріятствуетъ дальнѣйшей инфекціи организма бациллами, попавшими прежде и гдѣ либо застрявшими. Если бы не роды и послѣродовое состояніе, то онѣ, можетъ быть, такъ и остались бы въ старыхъ гнѣздахъ.

Изъ 22-хъ случаевъ (4,2°/o) въ 13 (59°/o) получилось выздоровленіе и улучшеніе, въ 1 смерть и по 1 случаю Status quo и ухудшеніе; въ остальныхъ 6 случаяхъ исходъ остался неизвѣстнымъ.

Тифы, въ особенности брюшной, двоякимъ образомъ благопріятствуютъ заболѣванію чахоткою, производя съ одной стороны истощеніе, а съ другой бронхиты и бронхопневмоніи; въ томъ и другомъ случаяхъ получается благопріятная почва для заразы. По Jaccoud, тифы, осложняемые бронхопневмоніей, даютъ остатки для будущей чахотки; у наслѣдственно-предрасположенныхъ эти остатки прямо служатъ началомъ развитія чахотки. Тоже замѣчаетъ Debove, при чемъ, по его наблюденіямъ, тифозные больные, пользуемые на дому, рѣдко впослѣдствіи получаютъ чахотку, больничные же заболѣваютъ ею гораздо чаще, получая въ больницѣ больше шансовъ къ зараженію. По новѣйшимъ наблюденіямъ доктора Grol'я въ Парижѣ брюшной тифъ вызываетъ развитіе чахотки у предрасположенныхъ къ ней; особенно частое появленіе чахотки наблюдается въ періодѣ выздоровленія. На такую же этіологическую роль тифовъ указываетъ и проф. В. А. Манассеинъ [2]).

Такимъ образомъ микробы острыхъ инфекціонныхъ болѣзней подготовляютъ почву для бациллъ Коха, производящихъ болѣзнь хроническую.

---

[1]) Руков. къ Внутр. Паталогіи и Терапіи Циссена т. XIII стр. 386. Анемія.
[2]) Врачъ 1884 г. № 22. стр. 370.

Мои случаи большею частью относятся къ брюшному тифу, какъ болѣзни болѣе продолжительной въ своемъ теченіи и, слѣдовательно, болѣе изнуряющей, а также чаще оставляющей слѣды въ дыхательныхъ органахъ. Я не принимаю здѣсь въ соображеніе тѣхъ случаевъ, когда врачи иногда посылаютъ въ Крымъ для поправленія послѣ брюшнаго тифа тѣхъ лицъ, у которыхъ кромѣ истощенія еще оставались бронхиты или остатки нижнедолевыхъ пневмоній. Изъ 13 (2,5%) случаевъ чахотки послѣ тифа 6 относится къ мущинамъ и 7 къ женщинамъ. Почти всѣ они (92%) выздоровѣли или получили улучшеніе (выздоровѣло 7, получило улучшеніе 5 и въ одномъ случаѣ исходъ остался неизвѣстнымъ). Столь благопріятный результатъ объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что больные не имѣли наслѣдственнаго и врожденнаго расположенія къ чахоткѣ.

№ XXXV. Г-жа Б., 36 л., замужемъ, въ Іюнѣ 81 г., черезъ 2 недѣли послѣ тяжелаго иліотифа, сопровождавшагося сильнымъ кашлемъ и болями въ правомъ боку, пріѣхала изъ Одессы въ Ялту въ слѣдующемъ состояніи: высокая степень истощенія, такъ что съ трудомъ можетъ стоять на ногахъ; вѣсъ 115 ф., спир. емкость 1500 к. с. (вм. 2400); по вечерамъ температура тѣла умѣренно повышена (до 38° C.). Во всемъ правомъ легкомъ очень слабое везикулярное дыханіе, подъ правой ключицей умѣренное притупленіе тона и неопредѣленное дыханіе съ ослабленнымъ выдыханіемъ. Сзади, ниже лопатки на ограниченномъ пространствѣ слышатся при кашлѣ созвучные хрипы и бронхіальное дыханіе, но притупленія не замѣчается, равно какъ и fremitus едва усиленъ. Лѣвое легкое въ нормальномъ состояніи. Черезъ 3 недѣли бронхіальное дыханіе и созвучные хрипы уступили мѣсто ясному плевритическому тренію, которое кромѣ того появилось и подъ мышкою. Черезъ 10 мѣсяцевъ, въ теченіи которыхъ процессъ въ правомъ легкомъ то улучшался, то ухудшался, появляясь на новыхъ мѣстахъ, больная выздоровѣла вполнѣ съ прибылью въ вѣсѣ въ 20 ф. и спиром. емкости въ 600 к. с.. Больная, по мнѣнію опытнаго врача, ее пользовавшаго, имѣла въ нижней долѣ праваго легкаго каверну и въ силу поразительнаго истощенія не имѣла шансовъ на поправленіе. Дальнѣйшее теченіе болѣзни въ Ялтѣ выяснило, что у больной во время тифа развилась правая плевро-пневмонія, разрѣшавшаяся весьма медленно.

Въ другомъ подобномъ случаѣ у молодого человѣка, 26 лѣтъ, я наблюдалъ лѣвосторонній плевритъ съ умѣреннымъ выпотомъ и въ правой верхушкѣ незначительные хрипы съ умѣреннымъ притупленіемъ. Онъ тоже значительно поправился въ теченіи 8 недѣль (прибыль вѣса 6 ф. и спир. емкости 700 к. с.).

Простуда. Не смотря на традиціонную склонность нашей публики приписывать всѣ свои недуги простудѣ, въ моихъ этіологическихъ дан-

ныхъ только 9 человѣкъ (1,7 %) могли отнести свою болѣзнь къ простудѣ. Отчего это происходитъ? Не оттого, разумѣется, что публика получила болѣе правильное представленіе о простудѣ (сущность которой и для науки еще неясна), а скорѣе оттого, что благодаря сообщительности врачей простуду теперь чаще называютъ по ея локализаціи—плевритами, бронхитами и т. п. Если, такимъ образомъ, простуду опредѣлять по ея локализаціямъ, имѣющимъ какое либо отношеніе къ легкимъ, то отъ нея ничего не останется, кромѣ развѣ насморка съ чиханіемъ, да ангины, которыя сами по себѣ безъ сомнѣнія не ведутъ никогда къ чахоткѣ. Съ этой точки зрѣнія правы, разумѣется, тѣ авторы, которые рѣзко отрицаютъ всякое вліяніе простуды въ этіологіи чахотки („вдыханіе самаго холоднаго воздуха съ сотворенія міра *никогда* не производило чахотки",— восклицаетъ Cormak). Но если на процессъ простуды взглянуть иначе, опираясь на новѣйшія теоріи, то быть можетъ вѣковой предразсудокъ публики получитъ нѣкоторое оправданіе. Представимъ себѣ, что при физіологической работѣ нашихъ отдѣлительныхъ органовъ (кожи, легкихъ, почекъ и т. д.) происходитъ постоянное выдѣленіе не только химическихъ продуктовъ обмѣна, но и зародышей разныхъ болѣзнетворныхъ микробовъ, нерѣдко попадающихъ извнѣ; рѣзкое охлажденіе кожи съ ослабленіемъ ея функціи (простуда) получаетъ тогда важное значеніе въ смыслѣ возможности задержанія вредныхъ микробовъ въ организмѣ. Если подвергшееся простудѣ лицо передъ тѣмъ приходило въ соприкосновеніе съ чахоточнымъ больнымъ или съ обстановкой и предметами, содержавшими коховскія бациллы, то оно по всей вѣроятности получаетъ болѣе шансовъ фиксировать заразу, особливо при существованіи уже одного изъ разсматриваемыхъ нами предрасполагающихъ моментовъ. Случай зараженія чахоткою, который будетъ ниже описанъ во главѣ о зараженіи, довольно наглядно показываетъ роль простуды. Малокровная дама ухаживающая за чахоточнымъ мужемъ и уже немного кашлявшая, при отсутствіи какихъ либо измѣненій въ легкихъ, слегка простудилась на моихъ глазахъ, сидя послѣ дождя на воздухѣ; на другой день у нея появился насморкъ и лихорадочное состояніе; черезъ дней пять потрясающій ознобъ и признаки острой бациллярной плевропневмоніи въ правомъ легкомъ, окончившейся черезъ 6 недѣль летально. Безъ простуднаго вліянія можетъ быть болѣзнь и не развилась бы, или вѣрнѣе могла бы развиться лишь постепенно. Въ этомъ смыслѣ почти всѣ авторы согласны, что у лицъ, какимъ либо образомъ предрасположенныхъ къ чахоткѣ, простуда можетъ подать поводъ къ ея развитію [1]); у совершенно же здоровыхъ людей, неимѣющихъ никакихъ задатковъ чахотки, простуда можетъ вести лишь только къ простымъ катарральнымъ заболѣваніямъ, оканчивающимся благополучно, даже, вѣроятно, при томъ усло-

[1]) См. Буль ор. с. 137. Lebert ор. с. 495.

віи, если они будутъ воспринимать палочки Коха извнѣ (вопреки мнѣнію Debove'a).

Изъ 9 случаевъ *простудной* чахотки 8 относятся къ мущинамъ и 1 къ женщинамъ; изъ нихъ 6 (66%) выздоровѣло и получило улучшеніе и 1 окончился смертью (*женщина*).

Бронхиты и воспаленіе легкихъ. Все сказанное по поводу простуды, тифа и т. п. относится и къ бронхитамъ. Здѣсь можетъ быть рѣчь только о бронхитахъ первичныхъ или острыхъ; у людей крѣпкихъ и здоровыхъ они протекаютъ благополучно и скоро. Хроническіе же бронхиты (по крайней мѣрѣ у взрослыхъ) почти всегда вторичные, послѣдовательные и поддерживаются производящими ихъ болѣзнями (сердечные пороки, эмфизема, астма и пр.); эти послѣдніе бронхиты едва ли ведутъ къ чахоткѣ, такъ какъ питающія ихъ болѣзни, напр.: сердечныя или астма, часто даже будто бы гарантируютъ отъ нея. Въ недавнее время нѣкоторые авторы (Debove) стали придавать особенное этіологическое значеніе острымъ бронхитамъ, которые благодаря производимой ими потерѣ эпителія и образованію секрета, подготовляютъ почву для воспріятія заразы. Debove склоняется къ старинному взгляду публики, что запущенные насморки и бронхиты могутъ вести къ чахоткѣ. „Большею частію эти начальные бронхиты являются у людей сильныхъ, здоровыхъ, не имѣющихъ никакихъ личныхъ или наслѣдственныхъ признаковъ предрасположенія къ чахоткѣ; обыкновенно они простуживаются, чувствуютъ ознобъ и т. д., т. е. подвергаются острому заболѣванію, отъ котораго выздоравливаютъ, но черезъ нѣкоторое время заболѣваютъ туберкулезомъ (вслѣдствіе зараженія). Слѣдовательно, бронхитъ можетъ считаться случайной причиною туберкулеза и тутъ права публика, но этотъ бронхитъ для превращенія въ туберкулезъ требуетъ контагія. Авторъ убѣжденъ, что еслибы удалось изолировать всѣхъ страдающихъ бронхитомъ, то они гораздо рѣже дѣлались бы туберкулезными" [1]). Подобнаго же взгляда придерживается и Sée. Нѣтъ сомнѣнія, что такое воззрѣніе на этіологическую роль бронхитовъ преувеличено и не подтверждается наблюденіями, по крайней мѣрѣ въ частной практикѣ. Наоборотъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ начальная чахотка является въ видѣ упорныхъ бронхитовъ.

Что касается *крупознаго воспаленія* легкихъ, то его причинное значеніе при чахоткѣ уже было отрицаемо Булемъ [2]). Въ настоящее же время, послѣ открытія спеціальнаго паразита крупозной пневмоніи, едва ли возможно сомнѣваться въ томъ, что обѣ эти болѣзни совершенно различны, какъ различны паразиты, ихъ производящіе. Такъ называемыя хроническія или катарральныя пневмоніи въ большинствѣ случаевъ яв-

[1]) Debove. Паразит. туберкулезъ. Междунар. Клиника 1883 г. № 11.
[2]) Буль ор. с. стр. 141.

ляются уже бациллярной чахоткой, протекающей подъ разными видами и компликаціями [1]) и потому едва ли можетъ быть рѣчь объ ихъ этіологическомъ значеніи.

Изъ 518 случаевъ только въ 3-хъ случаяхъ (1 мущ. и 2 женщины) отмѣчены воспаленія легкихъ и бронхиты, какъ производящія болѣзнь. Получили улучшеніе—1 мущина и 1 женщина.

Лихорадки болотныя подготовляютъ почву для болѣзни частію истощеніемъ организма, частію сопутствующими имъ бронхитами. Что malaria не гарантируетъ отъ чахотки, какъ это нѣкоторые утверждали, видно изъ того, что Sangalli у 18% страдавшихъ хроническою маляріей нашелъ признаки легочной чахотки [2]). Наши 8 случаевъ (1,5%) относятся къ хроническимъ затянувшимся лихорадкамъ; изъ нихъ по 4 случая падаетъ на мущинъ и на женщинъ. Выздоровленіе и улучшеніе получили 5 (62,5%), 1 смерть, 1 Status quo и въ одномъ случаѣ исходъ остался неизвѣстнымъ.

Объ Алкоголизмѣ можно сказать тоже, что и о лихорадьахъ, съ тою разницей, что здѣсь еще большее этіологическое значеніе можетъ имѣть хроническій катарръ слизистыхъ оболочекъ (бронхитъ). Всѣ 7 (1,3%) случаевъ чахотки алкогольнаго происхожденія относятся къ мущинамъ; изъ нихъ 5 (71%) получило улучшеніе, 1 ухудшеніе и 1 умер

Корь. Еще давнія наблюденія указываютъ, что послѣ кори легко развивается туберкулезное пораженіе легкихъ. Воспріимчивость къ заболѣванію зависитъ отъ постоянно сопутствующихъ бронхитовъ и плевропневмоній (Jaccoud, Debove); по мнѣнію Sée при кори въ особенности легко происходятъ (у дѣтей) эрозіи и отслойка эпителія на слизистой оболочкѣ бронховъ, что́ и благопріятствуетъ внѣдренію бациллъ. Кромѣ того Sée предполагаетъ, что можетъ быть между микробами кори и бугорчатки существуетъ особенное сродство въ томъ отношеніи, что оба развиваются на сходной почвѣ и при сходныхъ условіяхъ [3]). Столь близкое соотношеніе кори и чахотки замѣчается преимущественно у дѣтей, у которыхъ Rilliet и Barthez находили пропорцію 1 на 11 случаевъ кори. Если въ моихъ данныхъ цифра оказывается въ 10 разъ меньшею, то это потому, что онѣ относятся исключительно къ взрослымъ, у которыхъ корь бываетъ очень рѣдко. Еще недавно я наблюдалъ одинъ случай phtisis floridae у взрослаго молодаго человѣка, заболѣвшаго въ Петербургѣ послѣ кори и черезъ 4 мѣсяца умершаго. Изъ 5 случаевъ (около 1%) 4 относятся къ женщинамъ; въ 2 случаяхъ получились воздоровленіе, въ 1 ухудшеніе и въ 1 смерть.

---

[1]) Sée l. c. p. 114.

[2]) Эйхгорстъ. Рук. къ Частн. Патол. и Терап. Стр. 594.

[3]) Sée, op. c. p. 123.

Дифтеритъ хотя не имѣетъ прямого причиннаго отношенія къ чахоткѣ, но нѣкоторые авторы (напр. Jaccoud) приписываютъ ему такую же роль, какъ и кори; у меня записано только два случая (0,38°/₀) относящіеся къ мущинамъ, изъ которыхъ одинъ получилъ улучшеніе, а другой умеръ. Столь малая цифра объясняется тою же причиною, какъ и при кори, т. е., что дѣтей въ моей статистикѣ вовсе нѣтъ.

Костоѣда, представляя во многихъ случаяхъ тотъ же бациллярный процессъ, въ моихъ данныхъ встрѣчается въ 1°/₀; 3 случая относятся къ мущинамъ и два къ женщинамъ, въ 3-хъ получилось улучшеніе и въ 1 смерть.

7. Зараженіе.

До сихъ поръ была рѣчь объ условіяхъ и болѣзненныхъ состояніяхъ, подготовляющихъ почву для чахотки; теперь будемъ говорить о посѣвахъ на этой почвѣ. Я не буду касаться литературы этого интереснаго вопроса, между прочимъ потому, что она у всѣхъ въ памяти. Въ настоящее время почти всѣ ученые (за рѣдкими исключеніями) и практическіе врачи признаютъ заразительность чахотки [1]). Debove категорически утверждаетъ, что самостоятельной чахотки нѣтъ, что всѣ больные получаютъ болѣзнь путемъ зараженія и что даже при наслѣдственномъ расположеніи происходитъ лишь зараженіе другъ друга отъ родственниковъ [2]). Понятно, что если признавать бациллы Коха за единственную причину болѣзни, то необходимо допустить и моментъ поступленія контагія въ организмъ;—одно вытекаетъ изъ другаго. Въ короткое время наблюдателями опубликовано уже достаточно случаевъ зараженія; въ моихъ замѣткахъ эти случаи собраны и я могъ бы ихъ сообщить здѣсь и тѣмъ показать, что нужна изрядная доза легковѣрія, чтобы считать ихъ доказательными. По моему крайнему разумѣнію въ большей части этихъ случаевъ заболѣваніе можно объяснить иначе. Обстановка и образъ жизни у большинства людей таковы, что они часто имѣютъ возможность поглощать зародыши бациллъ, при чемъ крѣпкіе и здоровые люди имѣютъ одинаковые шансы съ слабыми и болѣзненными; но первые побѣждаютъ и изгоняютъ materiam peccantem, благодаря нормальной функціональной

[1]) Простой народъ въ Малороссіи и Ирландіи издавна признавалъ заразительность чахотки, особенно возможность ея передачи черезъ одежду больныхъ (Малороссія).

[2]) Debove op. c.

энергіи нашихъ органовъ и въ томъ числѣ невѣдомыхъ органовъ противодѣйствія, микробамъ (если такіе органы существуютъ); у слабыхъ же лицъ происходитъ фиксація и размноженіе палочекъ. Какимъ же образомъ объяснить процессъ зараженія? Выше мы видѣли что лица, родившіеся отъ чахоточныхъ родителей или золотушные, которые даютъ главный матеріалъ для чахотки, повидимому уже при рожденіи получаютъ зародыши Коховскихъ бациллъ. Въ виду этого можно ли безъ дальнихъ разсужденій пріурочивать зараженіе къ извѣстному данному моменту, какъ это проповѣдуетъ Debove? Очевидно, что не всѣ случаи заболѣванія чахоткою можно объяснить непосредственнымъ зараженіемъ.

Такъ какъ теоретическое разсмотрѣніе этого интереснаго вопроса не относится прямо къ моему труду и соображенія, сюда относящіяся, частію уже высказаны раньше (см. наслѣдственность, золотухи и пр.), то я перейду къ случаямъ зараженія, которыя мною наблюдались. Предварительно скажу о способахъ собиранія фактовъ этого рода. Уже a priori можно сказать, что статистическій способъ обращенія къ врачамъ, примѣненный впервые англійскими, а потомъ нѣмецкими и русскими (одесскими) врачами, не можетъ привести къ предположенной цѣли, главнымъ образомъ, вслѣдствіе разницы въ воззрѣніяхъ и критической оцѣнкѣ. Не говорю уже о томъ, что только весьма незначительная часть врачей прислали свои отвѣты; въ Германіи изъ 16 тысячъ врачей отвѣчало только 200; въ Англіи изъ 23 тысячъ около 1500, при чемъ большая часть отвѣтовъ оказалось никуда негодною [1]). Какая участь постигла подобную же попытку Одесскихъ врачей, мнѣ неизвѣстно. Если исключить изъ отвѣтовъ Англійскихъ врачей сомнительные, то все таки окажется, что болѣе 15% врачей признаютъ заразительность чахотки [2]). Нельзя не согласиться съ замѣчаніемъ высказаннымъ проф. С. П. Боткинымъ, что небольшое число отдѣльныхъ, тщательно и при благопріятныхъ условіяхъ произведенныхъ наблюденій могутъ выяснить вопросъ гораздо лучше, чѣмъ цѣлыя тысячи статистическихъ отвѣтовъ, Тотъ же взглядъ высказываетъ и Debove: „подобныя наблюденія нужно дѣлать не въ большихъ городахъ, а въ маленькихъ центрахъ, гдѣ всѣ знаютъ другъ друга и гдѣ не трудно доискаться всѣхъ обстоятельствъ, предшествовавшихъ болѣзни и разобрать ихъ до мельчайшихъ подробностей“ [3]). Чистыми и доказательными въ научномъ смыслѣ можно считать только такія наблюденія, изъ которыхъ исключены всѣ предрасполагающія причины и болѣзненныя состоянія (не говоря уже о наслѣдственности, золотухѣ и т. п.); но при такихъ условіяхъ въ результатѣ останутся лица крѣпкія и здоровыя, не склонныя къ фиксаціи заразы и, слѣдовательно,

[1]) Мед. Нов. 1885 г. № 16 стр. 127.
[2]) Врачъ. 84 г. № 4, стр. 61.
[3]) Debove. Межд. Клин. 83. № 11.

только въ видѣ исключенія могущія заболѣть чахоткою. Наблюдалъ ли кто нибудь зараженіе и заболѣваніе при такихъ условіяхъ? Сомнительно.

Зараженіе женъ отъ мужей. Уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ, гораздо раньше открытія Коха, я обратилъ вниманіе на тотъ фактъ, что въ анамнезѣ чахоточныхъ женщинъ, пріѣзжавшихъ въ Ялту, мужья нерѣдко оказывались умершими отъ чахотки. Такое совпаденіе давно замѣчалось и другими врачами [1]), частію даже публикой, которая, кстати сказать, часто считала чахотку болѣзнію заразительной, вопреки увѣреніямъ врачей. Но когда я сталъ просматривать свои журналы и взвѣшивать данныя анамнеза (на который я всегда обращалъ вниманіе при записываніи), то оказалось, что изъ 14 предполагаемыхъ случаевъ зараженія женъ отъ мужей только 5 можно считать болѣе или менѣе достовѣрными; въ остальныхъ же въ прошедшемъ оказались или наслѣдственное расположеніе, или врожденное фамильное и т. п. и потому я считаю за лучшее ихъ исключить и считать сомнительными. Изъ пяти же болѣе достовѣрныхъ случаевъ зараженія я признаю почти несомнѣннымъ только одинъ, который и опишу подробно ниже; остальные изложу кратко.

№ XXXVI. 1 случай. $83\frac{IX}{14}$. Г-жа З., 30 лѣтъ, вдова священника; въ дѣтствѣ была умѣренная золотуха; дѣдъ и бабка, а также отецъ и мать живы, здоровы и никакими хроническими болѣзнями не страдали, а равно и не пьянствовали; братьевъ и сестеръ вовсе не было. Мужъ умеръ отъ чахотки, проболѣвши около 2-хъ лѣтъ; въ теченіи послѣдняго года г-жа З. неотступно ухаживала за нимъ, находясь въ одной комнатѣ и часто обсушивая обильную испарину; въ это время она была беременна и покашливала, причемъ бывали боли въ груди и подъ правою лопаткою; послѣ родовъ, наступившихъ по смерти мужа, кашель сталъ усиливаться и раза три съ мокротою показывалась кровь. Бывала нѣсколько разъ и умѣренная лихорадка съ ночными потами. Кашляетъ уже около $1^1/_2$ года, считая начало болѣзни съ появленія кашля и боли въ груди. При изслѣдованіи въ Ялтѣ оказалось: тѣлосложеніе крѣпкое, ростъ 163 с., спир. емкость 2000 к. с. (вм. 2500), вѣсъ 132 ф.; значительный кашель, боль въ лѣвомъ боку, одышка и слабость, лихорадочное состояніе недавно прошло. Въ правой верхушкѣ спереди и сзади притупленіе съ умѣреннымъ бронхіальнымъ выдыханіемъ; ниже лопаточной ости при кашлѣ умѣренные субкрепитирующіе хрипы. Въ лѣвомъ легкомъ, въ нижней долѣ, ослабленное дыханіе и плевритическое треніе. Въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ пребыванія въ Ялтѣ получила незначительное улучшеніе.

№ XXXVII. 2 случай. Г-жа П. 22 лѣтъ, замужемъ 5 лѣтъ; въ анамнезѣ нѣтъ ни наслѣдственности, ни золотухи; кашляетъ нѣсколько мѣ-

[1]) Изъ 158 утвердительныхъ отвѣтовъ англійскихъ врачей о зараженіи супруговъ 119 (75%) относилось къ зараженію женъ мужьями. Sée l. c. p. 108.

сяцевъ; быстрое ухудшеніе произошло за послѣдніе 6 мѣсяцевъ послѣ родовъ; мужъ давно боленъ наслѣдственной чахоткою и въ настоящее время безнадеженъ (при изслѣдованіи я нашелъ у него катарральный процессъ въ обоѣхъ верхушкахъ съ явными признаками разрушенія ткани); всѣ четверо дѣтей умерли отъ конвульсій. Въ лѣвой верхушкѣ значительное притупленіе и субкрепитирующіе хрипы, подъ мышкой очень ослабленное дыханіе. Въ правой верхушкѣ умѣренное притупленіе и неопредѣленное дыханіе, значительная слабость, лихорадка и ночные поты.

№ XXXVIII. 3 случай. Г-жа О. 21 года, вдова, крѣпкаго тѣлосложенія, замужемъ была два года, мужъ умеръ отъ чахотки $1^1/_2$ года назадъ. Отецъ, мать и братья здоровы. Состоя домашнимъ врачемъ около 10 лѣтъ въ этой семьѣ, я имѣлъ возможность убѣдиться въ отсутствіи наслѣдственнаго и врожденнаго расположенія (умѣренная золотуха— впрочемъ, была у братьевъ). Г-жа О. ухаживала за больнымъ мужемъ, послѣ смерти котораго начала болѣть грудью и появился кашель съ охриплостью голоса. Въ Апрѣлѣ 83 г. (черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ смерти мужа) простудилась и стало хуже, появились боли въ лѣвой половинѣ грудной клѣтки, лихорадка и кровохарканіе. Лѣтомъ въ деревнѣ поправилась. Въ Декабрѣ 84 г. изслѣдованіе показало: въ лѣвой верхушкѣ умѣренное притупленіе и усиленіе fremitus, въ правой верхушкѣ ослабленное дыханіе. Кашель и одышка умѣренны; лихорадки нѣтъ. Въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ въ Ялтѣ значительно поправилась.

№ XXXIX. 4 случай. Г-жа Ч. 23-хъ лѣтъ отъ роду, замужемъ 2 года, мужъ 4 года боленъ наслѣдственною чахоткою, которая въ настоящее время въ послѣднемъ періодѣ развитія; единственный ребенокъ 6-ти мѣсяцевъ умеръ отъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Г-жа Ч. хотя слабаго тѣлосложенія, но въ анамнезѣ не имѣетъ никакихъ предрасполагающихъ къ чахоткѣ этіологическихъ причинъ. Уже нѣсколько недѣль страдаетъ кашлемъ, худѣетъ и слабѣетъ; на дняхъ появилась лихорадка. Вѣсъ 117 ф., спир. емкость 2000 к. с. (вм. 2400), при ростѣ 161 с.. Въ правой верхушкѣ умѣренное притупленіе, усиленное голосовое дрожаніе; сзади удлиненное жесткое выдыханіе, бронхіальнаго характера; при кашлѣ тамъ-же сухой слабый хрипъ.

№ XL. 5 случай есть тотъ, о которомъ я упомянулъ выше и который можно считать въ особенности доказательнымъ потому, что я наблюдалъ его ежедневно отъ начала до конца. Г-жа Д. 21 года, замужемъ 2 года, дѣтей не было; въ февралѣ 84 г. пріѣхала въ Ялту съ больнымъ мужемъ, который около $1^1/_2$ года хворалъ чахоткою (повидимому врожденною, потому что въ анамнезѣ его мать алкоголистка, а сестра

умерла 7 лѣтъ назадъ отъ быстротечной чахотки); у мужа болѣзнь была во второмъ періодѣ развитія при умѣренной температурѣ (утромъ 37,5, вечеромъ 38,5—39°C), незначительномъ кашлѣ и полномъ отсутствіи мокроты во все время болѣзни; только изрѣдка вмѣстѣ съ рвотою появлялись маленькіе комки слизисто-гнойной мокроты, которая была собираема въ сосудъ и тщательно удаляема. Супруги поселились въ новомъ чистомъ домикѣ, въ которомъ было 3 комнаты и гдѣ чахоточные еще не жили. Жена была на видъ малокровна, но здорова и прежде лечилась только отъ маточной болѣзни; въ дѣтствѣ иногда болѣла болотною лихорадкою и умѣренною золотухою; три старшіе брата очень крѣпкаго здоровья (одного изъ нихъ я видѣлъ и дѣйствительно нашелъ очень здоровымъ), сестеръ не было; въ анамнезѣ фамильнаго расположенія къ чахоткѣ нѣтъ; послѣ выхода замужъ имѣла часто семейныя непріятности. Спустя два мѣсяца съ наступленіемъ теплой погоды (въ Апрѣлѣ), когда мужъ очень поправился, она стала уставать при движеніи и сдѣлалась блѣдною. При выслушиваніи я нашелъ легкія почти здоровыми, кромѣ ослабленія дыханія въ правой верхушкѣ (то, что я выше назвалъ зачаточнымъ катарромъ правой верхушки у анемичныхъ). Вѣсъ тѣла былъ 147 ф; около половины мая появились: недомоганіе, неопредѣленныя боли въ груди, легкій сухой кашель; за двѣ недѣли похудѣла на 4 ф.. 20 мая во время прогулки въ саду, послѣ дождя, повидимому простудилась, появился насморкъ и усилился кашель; кромѣ того, легкіе ознобы, повышеніе температуры до 38° и боли подъ правой лопаткою. Изслѣдованіе показало присутствіе незначительнаго бронхита и усиленія голосоваго дрожанія подъ правою лопаткою, а также болей въ печени при давленіи и умѣреннаго ея увеличенія. Такъ дѣло шло до 3 іюня двѣ недѣли) и только кашель и слабость постепенно увеличивались. 3-го іюня послѣ полудня, безъ видимаго повода, сдѣлался сильный ознобъ, колющія боли въ правой лопаткѣ и повышеніе температуры до 39,5°. Съ этого времени лихорадка сдѣлалась постоянною f. continua, какъ это видно изъ приложенной здѣсь кривой (№ 16) и послабленіе являлось только изрѣдка отъ пріемовъ хинина или антипирина. На другой же день можно было констатировать ясныя явленія правой плевропневмоніи, именно притупленіе и бронхіальное дыханіе въ области лопатки, очень слабое неопредѣленное дыханіе во всей верхней долѣ и при вдыханіи плевритическій шумъ тренія подъ мышкою. До 19 іюня физическія измѣненія въ легкихъ замѣтно ухудшились, не смотря на мушки и antipyretica; въ это время и спереди (надъ и подъ ключицею) появилось притупленіе и ослабленное выдыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ; сзади вездѣ до нижняго угла лопатки почти тупой тонъ и рѣзкое бронхіальное выдыханіе, какъ при крупозной пневмоніи, въ нижней части, особенно подъ мышкою, сухое плевритическое треніе. За тѣмъ, въ теченіи 2 не-

Таблица 16.

дѣль (съ 20 іюня по 4 іюля), по случаю моего отсутствія изъ Ялты, больную наблюдалъ мой сотоварищъ И. Ф. Лебедевъ, также признавшій весьма вѣроятнымъ зараженіе отъ мужа. По возвращеніи я нашелъ, кромѣ ясныхъ признаковъ разрушенія ткани въ правомъ легкомъ, тотъ же процессъ и въ лѣвой верхушкѣ въ болѣе слабой степени. Спустя нѣсколько дней, именно только на 50-й день отъ начала яснаго заболѣванія у больной впервые съ рвотою выдѣлилось незначительное количество мокроты, въ которой и найдена масса бациллъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи разрушительный легочный процессъ быстро подвигался впередъ при всѣхъ явленіяхъ быстротечной чахотки и больная умерла 11-го Августа спустя 69 дней отъ начала яснаго заболѣванія. Если присоединить почти два мѣсяца скрытаго или продромальнаго заболѣванія, то все теченіе болѣзни обнимало періодъ около 4-хъ мѣсяцевъ. Въ описанномъ случаѣ особенный интересъ представляютъ: 1) продромальный періодъ болѣзни, который продолжался не менѣе 6-ти недѣль и въ теченіи котораго повидимому происходила борьба съ заразою и 2) возможность зараженія почти при отсутствіи мокроты у больнаго мужа, который, слѣдовательно, могъ передать бациллы или минимальнымъ количествомъ мокроты (можетъ быть при поцѣлуяхъ) или путемъ половаго соитія.

Принимая во вниманіе только изложенные выше 5 случаевъ я дол-

женъ допустить, что по меньшей мѣрѣ 5% всѣхъ заболѣвшихъ чахоткою женщинъ, которыхъ я наблюдалъ за послѣдніе два года въ Ялтѣ получили болѣзнь путемъ зараженія отъ мужей; цифра эта удвоится, если присоединить сюда и тѣ случаи, которыя я оставилъ безъ описанія, какъ сомнительные и которые тоже правдоподобнѣе объяснять зараженіемъ, чѣмъ другими причинами. Если обратить вниманіе на промежутки времени между заболѣваніемъ женъ и болѣзнію или смертію мужей, то окажется, что чаще всего болѣзнь явно обнаруживается только спустя 1—2 года послѣ уже ясно развившейся болѣзни или послѣ смерти мужей (сред. промежутокъ $1^1/_3$ года). Такъ какъ средняя продолжительность чахотки по многимъ наблюденіямъ равняется $2^1/_2$ годамъ (см. гл. продолжительность болѣзни), то можно полагать, что зараженіе рѣдко получается въ 1-мъ и 2-мъ періодахъ болѣзни, а чаще всего происходитъ въ 3-мъ періодѣ. Слѣдовательно, при зараженіи, скрытый періодъ болѣзни или борьбы съ нею продолжается отъ $1^1/_2$—2 лѣтъ и болѣе.

Зараженіе мужей женами, вѣроятно, бываетъ гораздо рѣже по той причинѣ, что мужья только въ исключительныхъ случаяхъ усердно и неотступно ухаживаютъ за своими заболѣвшими женами. Въ литературѣ описано нѣсколько подобныхъ случаевъ. Compin находитъ, что зараженіе мужей женами почти также часто, какъ и женъ мужьями (28 : 24) [1]. Я знаю только одинъ случай, гдѣ мужъ, повидимому неимѣвшій въ анамнезѣ предположенія къ бугорчаткѣ, заразился отъ жены, которая страдала болѣе 2-тъ лѣтъ вполнѣ развитою чахоткою, и умеръ раньше ея. Мужъ и жена пріѣхали въ Ялту уже въ III періодѣ болѣзни.

Зараженіе отъ жилищъ. Случаи такого зараженія тоже описаны въ литературѣ, напр. случай Flindt'а, гдѣ всѣ 5 дѣтей изъ семьи рабочаго умерли въ короткое время отъ быстротечной чахотки, поселившись въ комнатѣ, въ которой прежде обитала чахоточная больная [2]. Я знаю только одинъ не вполнѣ убѣдительный случай заболѣванія жены одного врача, поселившагося въ квартирѣ, гдѣ передъ тѣмъ умерло трое лицъ отъ чахотки. Отвѣтственность случая возлагаю на сотоварища, мужа заболѣвшей.

Зараженіе въ Ялтѣ, какъ лечебной станціи. Не могу не коснуться здѣсь важнаго вопроса о возможности зараженія въ Ялтѣ, какъ лечебномъ мѣстѣ, куда ежегодно пріѣзжаетъ много чахоточныхъ больныхъ. Въ недавнее время Warlomont и Wollin въ своихъ докладахъ, возбудившихъ общее вниманіе, подняли этотъ вопросъ и предложили мѣры противъ зараженія. Warlomont считаетъ необходимымъ, чтобы климатическія

[1]) Sée. op. c. p. 109.
[2]) Jaccoud op. c.

станціи завели присяжныхъ обеззараживателей-спеціалистовъ [1]). Wollin тоже предлагаетъ для курортовъ рядъ мѣръ, имѣющихъ цѣлью предупредить возможность зараженія [2]). Насколько извѣстно, ни на одной климатической станціи подобныя мѣры еще не были примѣнены [3]). По-

[1]) Врачъ 84 г. № 22, стр. 375.

[2]) Врачъ 84 г. № 29, стр. 504.

[3]) Раньше открытія Коха, нѣсколько лѣтъ тому назадъ, Ялтинскими врачами, ради чистоты воздуха и возможности загрязненія мокротою жилищъ, были выработаны нѣкоторыя предупредительныя мѣры для гостинницъ и меблированныхъ комнатъ, но эти мѣры почти не были примѣняемы на дѣлѣ. Въ прошломъ году Ялтинскими врачами снова былъ поднятъ вопросъ о мѣрахъ еще болѣе строгихъ: по порученію врачей я предложилъ проэктъ слѣд. мѣръ: 1) При постройкѣ домовъ, въ которыхъ будутъ отдаваемы въ наемъ комнаты, послѣднія не должны имѣть дверей въ сосѣднюю квартиру, а отдѣляться стѣною или плотными перегородками. 2) Въ существующихъ уже меблированныхъ комнатахъ и домахъ излишнія двери, ведущія къ сосѣдямъ, должны быть заложены кирпичемъ или плотными деревянными щитами, подбитыми войлокомъ или ватою. 3) *Стѣны* квартиръ, отдаваемыхъ въ наемъ, должны быть побѣлены извѣстью или окрашены масляными и клеевыми красками. *Обои* могутъ быть допускаемы только тогда, если они послѣ каждаго жильца будутъ перемѣняемы или обеззараживаемы окуриваніемъ сѣрою, по нижеуказанному способу. 4) *Полы* въ квартирахъ не должны имѣть щелей, чрезъ которыя могли бы проникать въ подполье пыль и жидкости (напр. вода при мытьѣ пола). При мытьѣ половъ воду не должно разливать, а употреблять для этого влажную тряпку. 5) Необходимая *мягкая мебель* должна быть покрыта парусиновыми чехлами, которые обязательно мыть всякій разъ послѣ удаленія жильца, страдавшаго кашлемъ; тоже относится къ *занавѣсямъ*; шерстяные ковры должны быть на полу покрываемы парусиною. 6) Пріѣзжающіе въ Ялту больные, въ интересахъ собственнаго здоровья и во избѣжаніе пререканій съ домовладѣльцами и арендаторами, должны привозить съ собою подушки, тюфяки и одѣяла, или покупать ихъ на собственныя средства на мѣстѣ; при выѣздѣ изъ Ялты они должны сжигать ихъ, или брать съ собою. 7) Домохозяинъ или арендаторъ долженъ наблюдать, чтобы прислуга при уборкѣ комнатъ предварительно слегка смачивала полы водою и потомъ уже выбивала пыль и заметала. Собранные въ комнатахъ соръ и пыль должны быть собираемы и сжигаемы подъ плитою. 8) Домохозяева, арендаторы и пользующіе врачи должны наблюдать и настаивать, чтобы грудные больные въ интересахъ своего же здоровья не плевали на полъ или стѣны, а только въ плевальницы, наполненныя толченымъ углемъ или опилками и поставленныя на табуреткахъ или тумбахъ вышиною до $1/2$ роста человѣка. Каждые три дня содержимое плевальницъ должно быть сожигаемо подъ плитою, или выбрасываемо въ выгребныя ямы, причемъ оно должно быть смочено растворомъ сулемы (1 : 500) или карболовой к. (5—10%). Платки, полотенца и бѣлье передъ отдачею прачкѣ должны быть обеззаражены кипяченіемъ съ водою или погруженіемъ на сутки въ 5% растворѣ карболовой к.—9) Въ случаѣ смерти жильца, страдавшаго кашлемъ, или оставленія квартиры, подушки и тюфякъ должны быть сожигаемы (если они не взяты съ собою больнымъ), а помѣщеніе и мебель обеззаражены окуриваніемъ сѣрою (30 grm. на 1 куб. метръ) при запертыхъ на сутки окнахъ и дверяхъ и потомъ провѣтриваніемъ въ теченіи сутокъ. Одежда и вещи,

приблизительному исчисленію, мною произведенному [1]), количество мокроты, оставляемой чахоточными ежегодно въ Ялтѣ, достигаетъ около 1000 ф. (23 пуда). Спрашивается, куда дѣвается эта масса бациллярнаго динамита, какая его судьба? Меньшая часть остается въ жилищахъ (на стѣнахъ, мебели, коврахъ, въ щеляхъ половъ, на постельномъ и носимомъ бѣльѣ и т. п.), а гораздо большая (примѣрно $^4/_5$) выбрасывается прислугою тутъ же вблизи жилищъ на землю, рѣже въ помойныя ямы, неимѣющія стоковъ и въ сортиры. Такимъ образомъ, наибольшая часть мокроты попадаетъ въ землю, въ ея поверхностные слои; сюда же нужно присоединить ту мокроту, которую больные выплевываютъ при прогулкахъ на дворѣ, именно на балконахъ, въ садикахъ вбизи своихъ квартиръ, на улицахъ, въ городскомъ саду и т. д., при чемъ наибольшія скопленія ея бываютъ возлѣ скамеекъ для отдыха, въ лучшихъ и защищенныхъ отъ вѣтра пунктахъ. Обладая коллоидными свойствами и, слѣдовательно, трудною проницательностію чрезъ поры, мокрота, очевидно, будетъ пропитывать только верхній слой почвы, глубиною не болѣе 2—4 сантим. Часть ея смѣшивается съ уличною пылью и плаваетъ въ воздухѣ; другая гораздо большая часть остается въ поверхностномъ слоѣ земли. Какимъ измѣненіямъ она тамъ подвергается? Намъ извѣстны изъ нѣкоторыхъ данныхъ стойкость и живучесть коховскихъ бациллъ; по опытамъ Фишера и Шилля онѣ въ высохшемъ видѣ сохраняютъ ядовитость 186 дней [2]); по проф. Sormani онѣ могутъ оставаться неизмѣненными (морфологически) въ водѣ втеченіи цѣлаго года [3]); наконецъ, по изслѣдованіямъ разныхъ наблюдателей (Wallin, Sormani, Карстъ и др.) онѣ весьма сильно противустоятъ при дѣйствіи на нихъ физическихъ, химическихъ и термическихъ вліяній, мало уступая въ этомъ отношеніи благороднымъ металламъ. Въ виду всего этого естественно возникаетъ правдоподобное предположеніе, что при благопріят-

---

оставшіяся послѣ умершаго, могутъ быть отданы на храненіе или проданы съ аукціоннаго торга только послѣ окуренія сѣрою.—Послѣ обсужденіи врачами, эти мѣры, за исключеніемъ 1, 6 и 7 пунктовъ, утверждены город. думою, какъ обязательныя постановленія, за исполненіемъ которыхъ наблюдаетъ особо для этого приглашенный санитарный врачъ. Къ сожалѣнію домовладѣльцы и большая часть больныхъ враждебно относятся къ исполненію этихъ полезныхъ мѣръ, не желая при этомъ нести какихъ либо расходовъ.

[1]) Вычисленіе произведено слѣд. образомъ:—опираясь на свои цифровыя данныя о смертности, я изъ числа всѣхъ умершихъ отъ чахотки за послѣдніе 12 лѣтъ въ Ялтѣ опредѣлилъ количество пріѣзжающихъ въ теченіи этого періода времени чахоточныхъ, изъ которыхъ только 64% (т. е. больныхъ II и III періодовъ) допустилъ выдѣлять мокроту, среднимъ числомъ по 100 grm. въ день (см. Эйхгорстъ, руков. стр. 606), и притомъ не круглый годъ, а впродолженіи четырехъ мѣсяцевъ (средній срокъ леченія больныхъ).

[2]) Русск. Мед. 84 г. № 7. стр. 166.

[3]) Мед. Нов. 84 г. № 17.

ныхъ условіяхъ влаги, теплоты и содержаніи въ почвѣ азотистыхъ веществъ, необходимыхъ для культуръ (мокрота, помои, кухонные отброски)—въ нихъ недостатка въ Ялтѣ не бываетъ,—бациллы могутъ не только консервироваться неопредѣленно долгое время, но можетъ быть даже и размножаться [1]). Если допустить только первую правдоподобную возможность и притомъ въ минимальной дозѣ, именно, что въ почвѣ консервируется незначительная часть бациллъ, а $^9/_{10}$ погибаетъ, разрушается, то и въ такомъ случаѣ, при постоянномъ поступленіи мокроты въ почву Ялты, можетъ произойти громадное пропитываніе послѣдней этими зловредными микробами. Такія соображенія при ихъ теоретическомъ правдоподобіи способны навести страхъ и уныніе, какъ на мѣстныхъ жителей, такъ и на пріѣзжающихъ больныхъ и туристовъ. Но... благодареніе Создателю! всѣ эти тире, запятыя и другіе знаки препинанія для человѣческой жизни, далеко не такъ страшны, какъ ихъ малюютъ и какъ кажется a priori. Провидѣніе, допустившее существованіе этихъ зловредныхъ тварей, назначило и границы для ихъ размноженія и убійственной біологической роботы. Здѣсь выступаетъ на помощь великая и благодѣтельная конкуренція со стороны другихъ живыхъ созданій (макро—и микробовъ), конкуренція, которой, по мнѣнію Коха, такъ не долюбливаютъ бациллы, созданія слабыя въ борьбѣ [2]). Затѣмъ подобную же благодѣтельную роль вѣроятно, исполняетъ озонъ, въ изобиліи доставляемый Ялтѣ громадной морской поверхностію; наконецъ частые дожди и вѣтры уносятъ не мало бациллъ вмѣстѣ съ разнымъ соромъ въ морскія бездны. Такимъ образомъ, природа своими средствами безъ усилій достигаетъ того, что такъ трудно дается карболкѣ и даже минеральнымъ кислотамъ; при этомъ бациллы можетъ быть и остаются морфологически цѣлыми, но вѣроятно, теряютъ свою ядовитость. Для борьбы съ остальными бациллами имѣются еще въ запасѣ невѣдомые органы противодѣйствія, тормозящіе ихъ культуры, будь это бѣлыя кровяныя клѣтки, селезенка или другой органъ.

Что касается жизни въ жилищахъ, загрязненныхъ бациллярною мокротою (а такихъ въ Ялтѣ не мало), то она, по теоріи, представляетъ болѣе шансовъ для зараженія, чѣмъ пребываніе на воздухѣ. Здѣсь необходимо отличать лицъ, уже имѣющихъ бациллы въ легкихъ (чахоточныхъ) отъ лицъ здоровыхъ, или страдающихъ другими болѣзнями. Что касается первыхъ, то для нихъ повидимому все равно, будетъ ли другими чахоточными заражена квартира, или нѣтъ. Я лично склоненъ

[1]) По крайней мѣрѣ, что касается температуры почвы, то она въ Ялтѣ по моимъ наблюденіямъ, болѣе чѣмъ достаточна для культуръ, доходя до 40° С. во второй половинѣ августа и до 28° С. въ сентябрѣ, на глубинѣ 4—6 сантиметровъ; лѣтомъ температура, понятно, еще выше.

[2]) Р. Мед. 84 г. № 7. рефер. работы Коха.

думать, что это далеко не все равно, ибо допускаю возможность какъ дополнительной инфекціи чужими бациллами, такъ и автоинфекціи собственными, уже выдѣленными съ мокротою. Мы знаемъ, что при другихъ заразно-инфекціонныхъ болѣзняхъ (оспа, корь и т. п.) организмъ стремится изгнать непрошенныхъ гостей (микробовъ) посредствомъ отдѣльныхъ органовъ, каковы: кожа, слизистая оболочка, почки и проч., которыми и выдѣляется materia peccans, совершивши свой циклъ развитія и вызвавши явленія острой инфекціонной болѣзни. Если судить по анологіи, то, вѣроятно, нѣчто подобное происходитъ и при чахоткѣ; посредствомъ отдѣленія слизистой оболочки бронховъ—мокроты—организмъ освобождается постоянно отъ огромнаго количества враговъ и потому крайне важно, чтобы она снова не попала туда, откуда выдѣлилась. Иногда у чахоточныхъ больныхъ, имѣвшихъ бациллы, послѣдніе исчезаютъ изъ мокроты, что̀ главнымъ образомъ происходитъ при пользованіи чистымъ воздухомъ въ деревнѣ и другихъ подобныхъ благопріятныхъ условіяхъ и что̀ большею частію совпадаетъ съ улучшеніемъ общаго состоянія и самой болѣзни. Можетъ быть улучшеніе при такихъ обстоятельствахъ потому и наступаетъ, что больной попадаетъ въ условія, неблагопріятныя для зараженій и самозараженій; можетъ быть при продолжительномъ пребываніи въ такихъ условіяхъ онъ потому и выздоравливаетъ, что въ него не поступаетъ ни своихъ ни чужихъ бациллъ. Какъ только такія поправившіяся особы возвращаются къ прежнимъ условіямъ жизни при спертомъ комнатномъ воздухѣ, лишенномъ благодѣтельнаго присутствія озона, то у нихъ опять скоро начинается ухудшеніе и снова въ мокротѣ появляются бациллы. Возможно допустить, что такое ухудшеніе является результатомъ новаго зараженія своими прежними, оставшимися въ квартирѣ бациллами, или чужими. Разъ у такихъ ослабленныхъ особъ подготовлена почва для фиксаціи заразы, то послѣдняя дѣйствительно легко можетъ имѣть мѣсто при всякомъ случаѣ. Съ этой точки зрѣнія я склоненъ объяснять по меньшей мѣрѣ нѣкоторую часть ухудшеній или обострѣній у грудныхъ больныхъ; по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при явномъ отсутствіи другихъ причинныхъ моментовъ; правдоподобнѣе этимъ способомъ объяснять ухудшеніе, чѣмъ простудою, на которую привыкли сваливать вину даже тамъ, гдѣ ея вовсе не было. Напр. зимою легочные больные упорно сидятъ въ своихъ квартирахъ, берегутся такъ, что, кажется, лишены всякой возможности простудиться, а оказывается, что именно тутъ-то и получается скорѣе всего ухудшеніе. Всѣ эти соображенія безъ сомнѣнія отличаются теоретичностію, но правдоподобны не менѣе, чѣмъ избитое представленіе о простудѣ, которая иногда положительно не причемъ. Нѣкоторую опору такимъ соображеніямъ даютъ и мои наблюденія въ Ялтѣ. Возьмемъ одинъ случай изъ журнала:

№ XLI. Молодой человѣкъ, 22 лѣтъ (я наблюдалъ его въ Ялтѣ около 3-хъ лѣтъ сряду), страдалъ нѣсколько лѣтъ, повидимому, золотушнымъ катарромъ слизистыхъ оболочекъ носа, глотки, гортани и бронховъ; въ анамнезѣ: въ дѣтствѣ золотуха и смерть отъ чахотки 14 лѣтней сестры. Въ 83 г. у него вѣсъ былъ 130 ф. спир. емкость 2900 к. с. при ростѣ 162 (дефицитъ 100 к. с.); кромѣ указаннаго катарральнаго состоянія слизистыхъ оболочекъ у него были признаки сморщиванія правой верхушки именно впадина подъ ключицей, умѣренное притупленіе, ослабленное дыханіе и усиленіе голосоваго дражанія безъ хриповъ. Въ теченіи уже $2^1/_2$ лѣтъ онъ чувствовалъ себя хорошо и только осенью пріѣзжалъ въ Ялту, какъ слабогрудый. Въ половинѣ авг. 84 г., въ теплую и прекрасную погоду, онъ перешелъ въ низкую и плохо провѣтриваемую комнату въ которой безвыходно въ теченіи почти года жила и только недавно умерла чахоточная старуха, постоянно отдѣлявшая массу мокроты. Черезъ нѣсколько дней у молодаго человѣка, безъ видимой причины и безъ простуднаго вліянія, появился знобъ и температура 39,3° С. При выслушиваніи я нашелъ, кромѣ того что было въ правой верхушкѣ, неопредѣленное дыханіе, усиленный fremitus и при кашлѣ слабые сухіе хрипы въ лѣвой верхушкѣ, прежде здоровой. Всѣ эти явленія вмѣстѣ съ лихорадкою исчезли въ нѣсколько дней послѣ оставленія зараженной комнаты. Спрашивается, чѣмъ правдоподобнѣе объяснить это заболѣваніе — простудой, которой вовсе быть немогло, или весьма возможной инфекціей?

Подобныя подозрительныя явленія я наблюдалъ въ Ялтѣ не одинъ разъ у грудныхъ больныхъ, или лицъ, расположенныхъ къ чахоткѣ, но, какъ принято обыкновенно въ такихъ случаяхъ, объяснялъ ихъ простудою или автоинфекціями изъ существующихъ, или прежде существовавшихъ гнѣздъ; поэтому, оставивши ихъ въ сторонѣ какъ сомнительные, перейдемъ къ возможности зараженія въ Ялтѣ у здоровыхъ людей. Не подлежитъ сомнѣнію, что здоровыя лица, совмѣстно живущія съ чахоточными (напр. родственники) или часто соприкасающіяся съ ними, какъ врачи, прислуга, сидѣлка и т. п. вдыхаютъ вмѣстѣ съ комнатною пылью не мало коховскихъ бациллъ, даже въ томъ случаѣ, если мокроту собираютъ въ плевательницу, потому что и при этомъ условіи одежда и постель все таки ею загрязняются. Осторожное обращеніе съ мокротою, не смотря на совѣты и предостереженіе врачей, бываетъ не часто, по крайней мѣрѣ въ Ялтѣ; чаще всего больные плюютъ куда попало (полы, стѣны, мебель и т. п.), такъ что благодаря этому по меньшей мѣрѣ $^1/_3$ комнатъ въ Ялтѣ оказывается загрязненною посредствомъ мокроты, что замѣтно и невооруженному глазу. При первой попыткѣ изслѣдованія подозрительнаго пятна, снятаго мною съ обоевъ меблированныхъ комнатъ, я нашелъ

ациллы въ одномъ изъ 4-хъ препаратовъ [1]). При такихъ условіяхъ частое поступленіе въ дыхательные пути палочекъ неизбѣжно, но этимъ посѣвамъ здоровый организмъ противодѣйствуетъ собственными средствами. Вѣроятно, при этомъ перѣдко бациллы фиксируются въ дыхательныхъ путяхъ и ведутъ къ легкимъ заболѣваніямъ, которыя констатировать очень трудно уже и потому, что атакованныя ими лица не обращаются къ врачамъ; къ тому же врачи почти всегда лишены возможности примѣнить микроскопическое изслѣдованіе мокроты, единственный доказательный путь методъ, потому что обыкновенно въ подобныхъ случаяхъ мокроты не бываетъ. На основаніи нѣкоторыхъ наблюденій и косвенныхъ соображеній я пришелъ къ убѣжденію, что упомянутыя легкія заболѣванія вслѣдствіе зараженія бываютъ часто, чаще чѣмъ думаютъ, но что онѣ, не развиваясь далѣе до степени осязательныхъ катарральныхъ явленій, оканчиваются выздоровленіемъ. Такое убѣжденіе подтверждается и тѣми остатками катарральныхъ процессовъ, которые такъ часто находятъ при вскрытіи у людей, умершихъ отъ другихъ болѣзней. Навѣрное въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ врачи не могли посредствомъ употребляемыхъ способовъ констатировать заболѣваніе легкихъ при жизни. Въ другихъ же случаяхъ періодъ подобнаго скрытаго заболѣванія продолжается очень долго, мѣсяцы и годы, и врачи благодаря этому теряютъ изъ виду причинную связь его съ развивающейся впослѣдствіи чахоткою. Выше мы видѣли, что жены, заразившіяся отъ мужей, заболѣвали явственнымъ легочнымъ процессомъ спустя 1—2 года послѣ смерти мужей. Въ этомъ можетъ быть заключается причина, что жены нерѣдко неотступно ухаживающія за своими больными мужьями, не заболѣвали чахоткою уже въ Ялтѣ [2]); хотя я описалъ выше одинъ достовѣрный случай такого заболѣванія вслѣдствіе зараженія отъ мужа, но не могу утверждать за отсутствіемъ данныхъ, чтобы зараженіе имѣло мѣсто именно въ Ялтѣ, а не дома. Тѣмъ не менѣе я нерѣдко наблюдалъ у женъ, ухаживающихъ за чахоточными мужьями въ Ялтѣ, подозрительный комплексъ явленій, который трудно объяснить чѣмъ либо другимъ помимо зараженія. Подобно другимъ авторамъ, я наблюдалъ, что онѣ худѣютъ, блѣднѣютъ, жалуются на неопредѣленные боли въ груди, слабость, отсутствіе аппетита и т. п., но кромѣ этихъ явленій, удобно и естественно объясняемыхъ упадкомъ силъ и питанія въ связи съ лишеніями чистаго воздуха, моціона и сна, при угнетенномъ настроеніи

---

[1]) Справедливость требуетъ, однако, замѣтить, что большая часть Ялтинскихъ домовладѣльцевъ ежегодно разъ или даже два ремонтируетъ квартиры, перемѣняя обои и окрашивая полы.

[2]) Предложеніе проф. Кремянскаго слѣдить по возможности долгое время за солдатами, лежавшими въ больницѣ совмѣстно съ чахоточными, заслуживаетъ примѣненія.

духа, я наблюдалъ еще покашливаніе или сухой кашель, уменьшеніе емкости въ легкихъ и разъ два или три даже легкія катарральныя явленія въ правой верхушкѣ (потемненное везикулярное дыханіе, ослабленное выдыханіе и при кашлѣ слабый сухой хрипъ). Еще въ недавнее время подъ моимъ наблюденіемъ находились два такихъ подозрительныхъ случая:

XLII.—Г-нъ Е., страдающій горловою чахоткою съ признаками распаденія ткани въ правой—верхушкѣ, поселился въ октябрѣ 84 г. во вновь отстроенномъ домѣ, *состоящемъ изъ 4-хъ комнатъ*, вмѣстѣ съ своею жёною и ея матерью, которыя были вполнѣ здоровы и анамнезъ имѣли безупречный въ отношеніи расположенія къ легочнымъ болѣзнямъ. Не смотря на мои настойчивые совѣты больной постоянно выплевывалъ изобильную мокроту куда попало.

Черезъ два мѣсяца жена, имѣвшая общую съ мужемъ спальню, стала видимо чахнуть, блѣднѣть и слегка покашливать сухимъ кашлемъ, при чемъ жаловалась на неопредѣленныя боли въ груди, слабость, легкую устаеваемость и зябкость (познабливаніе, недомоганіе); температура тѣла была или нормальною или только немного повышенною (37,6°). При первомъ выслушиваніи въ легкихъ ничего не найдено ненормальнаго, кромѣ ослабленія везикулярнаго дыханія и усиленія голосоваго дрожанія въ правой верхушкѣ; недѣли черезъ три, при вторичномъ выслушиваніи, замѣчено еще большее усиленіе fremitus подъ правою ключицей и слабый свистящій хрипъ in fossa supraspinata, кашель усилился, вѣсъ тѣла уменьшился на 10 ф., въ теченіе 4-хъ мѣсяцевъ. Послѣ прогулокъ на воздухѣ и морскихъ ваннъ эти явленія зачаточнаго катарра правой верхушки (позволяю себѣ такъ выразиться) почти совсѣмъ исчезли.

№ XLIII. Съ тещею этого больнаго произошло нѣчто худшее; помѣщаясь въ отдѣльной комнатѣ обращенной на сѣверъ и холодной, она получила сильный насморкъ и вслѣдъ за тѣмъ черезъ нѣсколько дней острый бронхитъ съ умѣреннымъ лихорадочнымъ состояніемъ; въ легкихъ, кромѣ скудныхъ свистящихъ хриповъ и ослабленія везикулярнаго дыханія, ничего не замѣчено; такъ какъ насморкъ и бронхитъ, сопровождавшійся значительнымъ сухимъ кашлемъ, упорно держались въ теченіи 4-хъ недѣль (въ Ялтѣ они проходятъ безъ леченія гораздо скорѣе), то заболѣвшая перешла въ болѣе теплую комнату, которая, какъ оказалось, служила передъ тѣмъ чахоточному зятю спальней въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ. Послѣ замѣтнаго улучшенія въ продолженіи нѣсколькихъ дней вдругъ снова усилился кашель, появились довольно сильные знобы съ повышеніемъ температуры до 39—39,5° С. и боли въ правой половинѣ грудной клѣтки. Изслѣдованіе обнаружило признаки сухаго плеврита въ нижней

долѣ, подъ правою мышкою рѣзкій аффриктъ; черезъ 5 дней такой же плевритъ распространился па всю нижнюю долю праваго легкаго при значительномъ усиленіи болей и легкомъ притупленіи; тотчасъ выше границы плевритическаго тренія подъ лопаткою слышны рѣзкій fremitus умѣренное бронхіальное вдыханіе и усиленное бронхіальное же выдыханіе (какъ при pneumonia crouposa). Спрашивается, какъ объяснить появленіе плеврита: новою ли простудою, когда больная безвыходно оставалась въ комнатѣ и была очень осторожна? Мнѣ кажется, что слѣдующее объясненіе будетъ правдоподобнѣе: больная вслѣдствіе простуды получила насморкъ и бронхитъ и такимъ образомъ подготовила почву для успѣшной культуры, которая и послѣдовала вслѣдъ за переселеніемъ въ зараженную комнату, при чемъ бронхіальная слизь играла роль желатины въ культурахъ Коха, а вдыханіе черезъ ротъ (полость носа была трудно проходима вслѣдствіе насморка [1]) облегчило поступленіе въ легкіе бациллъ; послѣдніе же, подобно порошку угля, достигли легочной плевы и вызвали ея воспаленіе. Такое нѣсколько произвольное объясненіе причины плеврита сдѣлалось бы несомнѣннымъ, если бы удалось найти улики въ мокротѣ; но при двукратномъ изслѣдованіи ея (впрочемъ, только на 4-хъ препаратахъ) бациллъ неудалось отыскать подъ микроскопомъ. Больная теща поправлялась очень медленно въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ. Въ той же семьѣ и въ томъ же домѣ одновременно здоровая нянька получила кровохарканіе, послѣ того какъ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль спала лицомъ къ стѣнѣ, оплеванной все тѣмъ же больнымъ.

Въ послѣднее время подъ моимъ наблюденіемъ находится крайне подозрительный случай, гдѣ чрезвычайно здоровая и крѣпкая особа, содержавшая 2 или 3 года меблированныя комнаты въ Ялтѣ и постоянно имѣвшая сношеніе съ чахоточными, быстро стала худѣть и кашлять при весьма незначительныхъ измѣненіяхъ въ правомъ легкомъ. Хотя этого заболѣванія я не могу объяснить никакими другими болѣзнями, но тѣмъ не менѣе предпочитаю продолжать дальнѣйшее наблюденіе, не высказываясь рѣшительно.

Повидимому горловая чахотка, при полной степени ея развитія въ особенности заразительна, если позволительно дѣлать такое заключеніе на основаніи довольно скудныхъ данныхъ.

---

[1]) Нормальному дыханію черезъ носъ нужно придавать важное профилактическое значеніе, ибо благодаря волоскамъ и выступамъ раковинъ носовая полость служитъ какъ бы фильтромъ, гдѣ осаждаются мелкія частицы (культуры же въ этой полости затруднительны, можетъ быть, вслѣдствіе плотности и дермоидности слизистой оболочки). Въ этомъ смыслѣ старое воззрѣніе, по которому насморкъ можетъ вести къ чахоткѣ, можетъ быть имѣетъ основаніе. По Н. Нимейеру носъ есть лучшій респираторъ, гдѣ постороннія тѣла осѣдаютъ на влажныхъ стѣнкахъ носоваго канала.

Я не счелъ нужнымъ говорить что либо о возможности зараженія лицъ, состоящихъ въ кровномъ родствѣ съ больными чахоткою, напр., сестеръ, ухаживающихъ за братьями, дочерей—за матерями и т. п., потому что у такихъ лицъ существуетъ наслѣдственное расположеніе.

Въ заключеніе скажу нѣсколько словъ о прислугѣ, сидѣлкахъ и врачахъ, которые тоже часто приходятъ въ соприкосновеніе съ чахоточными. Горничныя, которыя выметаютъ и моютъ полы, убираютъ постели, чистятъ платье и удаляютъ мокроту, имѣютъ повидимому не меньше шансовъ на зараженіе, чѣмъ близкіе родственники, ухаживающіе за больными; а между тѣмъ я не знаю ни одного сколько нибудь достовѣрнаго случая заболѣванія [1]). Тоже можно сказать о прачкахъ, стирающихъ бѣлье чахоточныхъ, сидѣлкахъ и сестрахъ милосердія, неотступно ухаживающихъ за трудно-больными, которыё постоянно выдѣляютъ максимальное количество бациллъ съ мокротою. Относительно сидѣлокъ и сестеръ милосердія необходимо отмѣтить весьма важный фактъ, почти постоянно наблюдавшійся мною,—находясь въ тѣхъ же условіяхъ, какъ напр., жены ухаживающія за мужьями, онѣ не легко худѣютъ и слабѣютъ, что объясняется отсутствіемъ у нихъ личнаго горя и подавленнаго душевнаго состоянія. Слѣдовательно, горе вліяетъ на метаморфозъ и общее состояніе гораздо хуже, чѣмъ спертый и зараженный комнатный воздухъ, недостатокъ движенія и сна; можетъ быть, такимъ образомъ, подавленное душевное настроеніе въ особенности способствуетъ успѣшности зараженія. (По Леннеку туберкулы суть слезы души). Изъ врачей, практикующихъ въ Ялтѣ (ихъ болѣе десяти), также никто не подвергся подозрительному заболѣванію, хотя у половины изъ нихъ и подготовлена почва для воспріятія заразы плевритами и бронхитами. Въ теченіи 11 лѣтняго пребыванія въ Ялтѣ я ежедневно выслушиваю чахоточныхъ больныхъ, крайне рѣдко, къ сожалѣнію, моющихся, непосредственно прикладывая ухо къ тѣлу; при этомъ частицы мокроты нерѣдко пристаютъ къ волоскамъ и бородѣ въ такомъ количествѣ, что иногда домашніе это замѣчаютъ; тоже относится къ платью. Казалось бы, что такимъ путемъ по меньшей мѣрѣ возможно получить мѣстную культуру въ ухѣ, но ничего подобнаго не было. Относительно мѣстныхъ жителей—домовладѣльцевъ, арендаторовъ гостинницъ, меблированныхъ комнатъ, обойщиковъ, маляровъ и т. п. нужно сказать тоже самое: между ними не было заболѣваній чахоткою, сколько нибудь внушавшихъ подозрѣніе. Почти всѣ случаи смерти отъ чахотки, наблюдавшіеся у мѣстныхъ жителей, падаютъ на пришлыхъ чернорабочихъ, турецкихъ подданныхъ, которые вовсе не приходили въ соприкосновеніе съ пріѣзжавшими въ Ялту для леченія чахоточ-

[1]) Тоже наблюдалось въ госпиталяхъ и больницахъ—Sée p. 110.

ными и которые занимались камнетесными работами и табачными плантаціями.

Согласно взглядамъ Koch'a и Debove'а лица, страдающіе бронхитами и плевритами наиболѣе имѣютъ шансовъ фиксировать заразу, причемъ бронхіальный секретъ, какъ уже сказано выше, уподобляется желатинѣ, употребляемой для культуръ. Вѣроятное значеніе острыхъ бронхитовъ при зараженіи видно изъ двухъ вышеизложенныхъ случаевъ. Притомъ же больные съ острыми простудными бронхитами, обыкновенно благополучно протекающими и дома, въ Крымъ не пріѣзжаютъ. Хроническіе же бронхиты обыкновенно сопутствуютъ производящимъ ихъ болѣзнямъ, каковы эмфизема, болѣзни сердца и т. п., т. е. болѣзнямъ, считаемымъ почти неуязвимыми для бациллы. Слѣдовательно, такіе бронхитики почти вовсе не рискуютъ заразиться въ Крыму. Относительно шансовъ для зараженія у лицъ, страдающихъ плевритами, была рѣчь выше. Равнымъ образомъ относительно лицъ, пріѣзжавшихъ съ разными другими болѣзнями, неимѣющими отношенія къ дыхательнымъ органамъ, можно сказать, что случаевъ зараженія въ Ялтѣ никто не констатировалъ.

Такимъ образомъ, въ Ялтѣ, какъ климатолечебномъ мѣстѣ, куда постоянно прибываетъ много чахоточныхъ больныхъ, весьма трудно констатировать доказательные случаи зараженія. Единственный описанный мною случай, который я считаю несомнѣннымъ, является исключеніемъ изъ общаго правила. Хотя вообще необходимо допустить возможность зараженія, но послѣднее бываетъ рѣдко [1]) и при исключительныхъ условіяхъ, еще неизвѣстныхъ наукѣ. Легкія степени зараженія, вѣроятно, бываютъ довольно часто, но констатировать ихъ трудно и оканчиваются они большею частію выздоровленіемъ, не развиваясь далѣе до формы ясно опредѣленной болѣзни. Съ формулированнымъ мною воззрѣніемъ согласны данныя и другихъ наблюдателей; проф. Langerhans, на основаніи наблюденій на Мадерѣ, высказывается не въ пользу заразительности, потому что изъ колоніи англичанъ и другихъ европейцевъ, тѣсно живущихъ съ чахоточными, никто не заболѣвалъ чахоткою, или только лица съ наслѣдственнымъ расположеніемъ [2]). Въ спеціальной больницѣ для чахоточныхъ въ Бромптонѣ также не наблюдали въ теченіи 25 лѣтъ случаевъ зараженія или заболѣванія у служащихъ [3]). Изъ 1078 отвѣтовъ англійскихъ врачей 673 (62%) было не въ пользу заразительности [4]); въ недавнее время и Leyden высказался почти не въ

[1]) Случаи подобнаго рода, наблюдавшіеся разными авторами, мало доказательны Sée p. 110.

[2]) Врачъ 84 г. № 34 стр. 588.

[3]) Sée l. c. p. 110.

[4]) Sée l. c. p. 108.

пользу заразительности, находя, что зараженіе отнюдь не играетъ большой роли [1]). Въ виду такихъ данныхъ положеніе изъ диссертаціи В. А. Варгунина—сожительство съ чахоточными людьми неопасно въ смыслѣ прямого зараженія чахоткою—не покажется слишкомъ смѣлымъ.

И такъ, оканчивая настоящую главу о зараженіи, мы должны сказать, что *между всѣми заразительными болѣзнями чахотка является повидимому наименѣе заразительною*; въ этомъ отношеніи ее нельзя и сравнивать съ такими остро-заразными болѣзнями, какъ тифы, оспа, корь, скарлатина и др. Это слѣдуетъ помнить тѣмъ увлекающимся поклонникамъ паразитной теоріи, которые, надѣвъ очки Koch'a, Debove'a и другихъ, и перенося безъ дальныхъ разсужденій опыты съ прививками животнымъ на человѣка, преувеличиваютъ заразительность чахотки и усматриваютъ зараженіе тамъ, гдѣ его нѣтъ или гдѣ его нельзя доказать. А чего доказать нельзя, тому и вѣрить въ наукѣ не полагается, или только осторожно съ оговорками. Это не мѣшаетъ принять къ свѣдѣнію и тѣмъ популяризаторамъ новѣйшихъ открытій, которые, не дѣлая необходимыхъ поясненій, безтактно выступаютъ въ общей прессѣ съ своими статьями, порождая въ публикѣ только панику и смуту, приносящія вредъ, какъ здоровымъ, такъ и больнымъ. Грустно и вмѣстѣ комично наблюдать въ Ялтѣ, какъ грудные больные, имѣющіе одинаковые шансы заразить другъ друга по содержанію бациллъ въ мокротѣ, старательно избѣгаютъ встрѣчъ и знакомствъ изъ боязни зараженія и тѣмъ сами себѣ отравляютъ и безъ того невеселую жизнь. О такомъ нежелательномъ явленіи г. г. популяризаторы (врачи и не врачи) повидимому не подумали.

V. МѢСТА ПОРАЖЕНІЯ.

Здѣсь будетъ рѣчь о локализаціи болѣзненнаго процесса въ одномъ какомъ либо легкомъ, или въ обоихъ. Извѣстно, что болѣзнь чаще всего гнѣздится въ верхушкахъ или въ верхнихъ доляхъ легкихъ и только изрѣдка въ среднихъ или нижнихъ [2]), гдѣ скорѣе помѣщаются плевриты, сопутствующіе чахоткѣ или самостоятельные. Поэтому и мои цифровыя данныя будутъ относиться почти исключительно къ верхнимъ до-

---

[1]) Врачъ 84 г. № 49 стр. 833.

[2]) Гейтлеръ. Объ излечимости легочной чахотки. 1881 г., стр. 10. Въ 789 протоколахъ вскрытій указывается, что слѣды чахотки были находимы почти исключительно въ верхушкахъ.

лямъ легкихъ. Спрашивается, почему чаще всего поражаются легочныя верхушки? Почти всѣ авторы справедливо усматриваютъ причину въ анатомическомъ и механическомъ ихъ положеніи и связанной съ нимъ меньшей подвижности верхней части грудной клѣтки. Тяжесть рукъ и плечъ, бо̀льшая фиксація у мѣста входа главныхъ бронхъ и легочныхъ сосудовъ и меньшая подвижность первой пары реберъ,—вотъ условія для недостаточной дѣятельности верхушекъ. Только при глубокомъ или форсированномъ дыханіи, когда начинаютъ работать вспомогательныя вдыхательныя мышцы, легочныя верхушки могутъ функціонировать въ достаточной степени; такое чрезвычайное дыханіе бываетъ при обычныхъ условіяхъ жизни рѣдко и въ этомъ можетъ быть одна изъ причинъ, почему лица, ведущія малоподвижный образъ жизни и не производящія физическихъ работъ, чаще другихъ заболѣваютъ чахоткою. Въ отношеніи обмѣна воздуха легочныя верхушки можно сравнить съ углами и закоулками нашихъ жилищъ, гдѣ осѣдаетъ и залеживается всякая пыль. Такимъ образомъ, наши верхушки имѣютъ минимальную вентиляцію и недостаточную функціональную гиперемію, а онѣ, по мнѣнію Коха, въ особенности способствуютъ культурной финксаціи бациллъ. Подобно острымъ инороднымъ тѣламъ палочки застрѣваютъ въ наименѣе подвижныхъ пунктахъ и здѣсь находятъ необходимый для ихъ развитія относительный покой.

Давно извѣстно, что правое легкое заболѣваетъ чаще лѣваго. По моимъ даннымъ на 1000 случаевъ, 596 поражается правое, 202 лѣвое и столько же оба легкія. У женщинъ заболѣваніе правой верхушки встрѣчается еще чаще, что видно изъ слѣдующихъ цифръ (въ процентахъ):

Таб. 17-я.

	прав.	лѣв.	оба.
мущ.	56,9	19,7	23,2.
женщ.	63,9	20,9	15,1.

Что касается локализаціи процесса въ каждомъ изъ 3-хъ *періодовъ болѣзни*, то объ этомъ даетъ понятіе слѣдующая таблица (числа приведены въ процентахъ):

Таб. 18-я.

	I.			II.			III.		
	прав.	лѣв.	оба.	прав.	лѣв.	оба.	прав.	лѣв.	оба.
мущины	69,8	16,0	14,3	55,7	18,3	25,8	45,1	26,4	28,3.
женщины	72,1	14,2	13,6	55,0	27,1	17,7	67,8	27,6	14,4.
оба пола	70,8	15,1	14,0	55,5	20,8	23,5	49,3	26,8	23,6.

Изъ приведенныхъ чиселъ вытекаетъ: 1) у обоихъ половъ и во всѣхъ періодахъ болѣзни чаще всего поражается правое легкое, или вѣрнѣе—верхняя доля его; 2) у женщинъ заболѣваніе праваго легкаго встрѣчается чаще, чѣмъ у мущинъ, что преимущественно зависитъ отъ преобладанія въ моихъ цифровыхъ данныхъ женщинъ перваго періода, въ которомъ правое легкое поражается всего чаще, и 3) количество локализацій въ правомъ легкомъ уменьшается съ переходомъ во второй и третій періоды, гдѣ взамѣнъ того увеличивается число заболѣваній обоихъ легкихъ (исключеніе представляютъ только женщины третьяго періода). Это естественно объясняется распространеніемъ болѣзни на лѣвое легкое; такое зараженіе здороваго легкаго больнымъ, вѣроятно, имѣло бы мѣсто гораздо раньше еще въ первомъ и второмъ періодахъ, если бы тому не препятствовала викарная функціональная гиперемія, неблагопріятная для культуръ бациллъ.

Почему правая верхушка заболѣваетъ такъ часто, являясь излюбленнымъ для паразитовъ мѣстомъ? Едва ли можно сомнѣваться въ томъ, что тутъ важную роль играютъ анатомическія и механическія отношенія, именно большая ширина праваго бронха и его большая короткость, благодаря чему въ единицу времени въ него попадаетъ при вдыханіи больше пылевыхъ частицъ, въ томъ числѣ и зародышей бациллъ. Кромѣ того возможно допустить, что правое легкое, подобно всей правой половинѣ тѣла, сильнѣе функціонируетъ, вслѣдствіе лучшей иннерваціи правыхъ вдыхательныхъ мышицъ, всегда сильнѣе развитыхъ. При болѣе же энергической аспираціи черезъ широкій бронхъ правое легкое получаетъ больше шансовъ для заболѣванія, вслѣдствіе болѣе сильнаго вліянія термическихъ, механическихъ и біологическихъ раздражителей.

Слѣдующая таблица даетъ понятіе объ *отношеніи мѣстъ пораженія къ исходамъ болѣзни,* въ %:

Таб. 19-я.

	мущины.			женщины.			оба пола.		
	прав.	лѣв.	оба.	прав.	лѣв.	оба.	прав.	лѣв.	оба.
Выздоровл.	66,4	21,7	11,7	71,3	15,3	13,3	68,7	18,7	12,2
Улучшеніе	54,6	26,5	28,7	64,2	21,0	14,7	57,9	18,1	23,9
Ухудшеніе	41,3	28,3	30,4	52,1	21,7	26,0	44,9	26,0	28,9
Stat. quo.	60,0	25,0	15,0	50,0	20,0	30,0	56,6	23,3	20,0
Исх. неизв.	57,7	19,5	22,7	55,0	30,4	14,4	56,7	23,4	19,7
Смерть	49,3	16,8	33,7	60,0	26,6	13,3	52,2	19,4	28,3
Итого:	56,9	19,7	23,2	63,9	20,9	15,1	59,6	20,2	20,2.

Такимъ образомъ, при пораженіи лѣваго легкаго неблагопріятные исходы получаются чаще, чѣмъ благопріятные.

Отношеніе мѣстъ пораженія къ кровохарканію, см. слѣдующую главу.

VI. КРОВОХАРКАНІЕ.

а) **Частота кровохарканія.** Недаромъ оно у публики пользуется дурной репутаціей. По моимъ даннымъ появленіе крови изъ дыхательныхъ путей наружу въ теченіи чахотки встрѣчается въ 53%, т. е. немного болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ (1: 1,1). Такимъ образомъ, послѣ кашля и лихорадки, почти неизбѣжно сопутствующихъ чахоткѣ, кровохарканіе является самымъ частымъ припадкомъ, въ особенности характернымъ потому, что оно гораздо рѣже встрѣчается при другихъ заболѣваніяхъ, нежели лихорадка и кашель. Еслибы въ пораженныхъ участкахъ легкихъ не происходило запустѣнія и закупорки сосудовъ, то разрывъ ихъ случался бы еще чаще и чахотка явилась бы настоящею кровоточивою болѣзнію легкихъ.

По наблюденіямъ Lebert'а кровохарканіе въ теченіи чахотки бываетъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ и даже чаще [1]), что вполнѣ совпадаетъ съ моими цифрами; по Louis'у оно встрѣчается даже въ $^2/_3$ случаевъ, по Willams'у въ 70% [2]). Мои цифровыя данныя, относящіяся къ 1000 случаевъ и взятыя за все время теченія болѣзни (т. е. не только за время леченія въ Крыму, но и до пріѣзда на Югъ), можно назвать довольно точными, такъ какъ едва ли найдется больной, который позабылъ бы о бывшемъ у него кровохарканіи (это лучше всего помнятъ больные). Цифру частоты кровохарканія слѣдуетъ, мнѣ кажется, еще немного увеличить, въ виду того, что иной разъ самому можно позабыть объ этомъ при вписываніи въ журналъ.

в) **Величина и сила кровохарканія.** Подобно другимъ авторамъ (Lebert), я раздѣлилъ кровоизліянія изъ дыхательныхъ путей на: а) малыя или умѣренныя, когда количество крови не превышаетъ 1—2 столовыхъ ложекъ—заразъ или въ теченіи нѣсколькихъ дней (приступъ кровохарканія), въ своихъ таблицахъ я обозначаю ихъ, удобства ради, сокращеніемъ **Кр.**; б) значительныя или большія кровоизліянія, при которыхъ

1) Lebert. op. c.
2) Sée p. 157.

количество выдѣляющейся за такое же время крови превышаетъ указанную выше мѣру, эти я обозначаю **Кр. 2**; отсутствіе же кровохарканія соотвѣтствуетъ сокращенію **Кр. 0**.

Первое у обоихъ половъ и во всѣхъ стадіяхъ болѣзни бываетъ въ 39,6%, второе въ 13,4%; полное же отсутствіе кровохарканія наблюдается въ 47%. По наблюденіямъ Lebert'а то и другое кровохарканіе встрѣчается одинаково часто, т. е. въ 25—30% [1]), слѣдовательно, количество значительныхъ кровохарканій у меня вдвое меньше. Эта разница можетъ зависѣть отъ неодинаковаго числа больныхъ въ разныхъ періодахъ болѣзни, а можетъ быть и отъ національной особенности.

c) **Отношеніе кровохарканія у обоихъ половъ.** Lebert и Oppolzer не находили разницы въ частотѣ кровохарканія у обоихъ половъ [2]). По Louis'у женщины чаще страдаютъ кровохарканіемъ, чѣмъ мужчины— именно въ отношеніи 3:2. По моимъ даннымъ наоборотъ, женщины въ теченіи чахотки и притомъ во всѣхъ періодахъ ея получаютъ кровохарканіе гораздо рѣже, именно на 16%; при чемъ Кр. 2 встрѣчается почти вдвое рѣже, чѣмъ у мущинъ.

Таб. 20-я.

	Кр. 0	Кр. 1	Кр. 2.
мущины	41%	42,6%	16,2%
женщины	56,7%	34,4%	8,7.%

Такимъ образомъ, отсутствіе кровохарканія у мущинъ къ присутствію его относится какъ 1: 1,4, а у женщинъ какъ 1: 0,7. Меньшая частота кровохарканій у женщинъ, весьма возможно, стоитъ въ связи съ періодическими потерями крови при регулахъ и, можетъ быть, въ меньшемъ числѣ внѣшнихъ поводовъ (физическое напряженіе и т. п.). Въ пользу перваго говоритъ тотъ фактъ, что истощенныя женщины II и III періодовъ болѣзни нерѣдко получаютъ кровохарканіе или взамѣнъ регулъ, или одновременно, или вслѣдъ за ними. Привычный locus minoris resistentiae въ геморрагическомъ отношеніи у женщинъ есть матка и потому нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что періодическое ежемѣсячное кровотеченіе уменьшаетъ шансы для бронхіальнаго.

---

[1]) Lebert op. c. Ruehle, вѣроятно, со словъ Lebert'а, тоже утверждаетъ, что сильныя кровохарканія бываютъ болѣе, чѣмъ въ 1/3 всѣхъ случаевъ.

[2]) Lebert op. c. Oppolzer лекціи частн. паталогіи и терапіи т. I вып. 3.

д) **Отношеніе къ періодамъ болѣзни.** Частота и сила кровохарканій возрастаютъ съ переходомъ къ слѣдующему періоду, именно (въ процентахъ):

Таб. 21-я.

	Кр. 0	Кр.$_1$	Кр.$_2$	Кр. 0: Кр.
I.	67,7	27,1	5,0	1: 0,4
II.	35,4	47,3	17,2	1: 1,8
III.	35,3	45,0	19,4	1: 1,7
Итого для всѣхъ період.	47,0	39,6	13,4	1: 1,1.

Что касается отношенія по періодамъ у обоихъ половъ, то оно явствуетъ изъ слѣдующей таблицы:

Таб. 22-я.

	мущины.				женщины.			
	въ %			въ прост. числахъ.	въ %			прост. числахъ.
	Кр. 0	Кр. 1	Кр. 2	Кр. 0: Кр.	Кр. 0	Кр. 1	Кр. 2	Кр. 0: Кр.
I.	60,3	31,6	8,0	1: 0,6	74,8	22,9	2,1	1: 0,3
II.	32,6	48,0	19,3	1: 2,0	42,4	45,7	11,8	1: 1,3
III.	35,4	45,1	19,3	1: 1,8	35,5	44,7	19,7	1: 1,8.

Слѣдовательно, въ 1-мъ и 3-мъ періодахъ у мущинъ и женщинъ шансы въ отношеніи частоты кровохарканія почти одинаковы; во 2-мъ же мущины кровохаркаютъ чаще.

Эти цифровыя данныя противорѣчатъ почти установившемуся воззрѣнію большинства авторовъ. Trousseau, Jaccoud, Oppolzer и Lebert утверждаютъ согласно, что чаще всего кровохарканіе бываетъ *въ началѣ* болѣзни или въ 1-мъ ея періодѣ [1]). По Lebert'у въ срединѣ болѣзни

[1]) Труссо. Клинич. Лекц. т. III; Oppolzer op. c.; Жакку, рук. къ ч. п. и терапіи т. II; Lebert. op. c.

когда существуетъ наклонность къ распаду и уже имѣется f. continua, кровохарканіе много рѣже, чѣмъ вначалѣ развитія чахотки или въ концѣ ея при существованіи уже кавернъ. Такое разногласіе, главнымъ образомъ, зависитъ отъ иной сортировки больныхъ, согласно воззрѣнію Нимейера (хроническія пневмоніи отличались отъ туберкулеза), а также вслѣдствіе неодинаковаго дѣленія болѣзни на періоды (прежде принимали два періода). Во всякомъ случаѣ, въ началѣ развитія болѣзни, въ первомъ ея періодѣ кровохарканіе, въ общемъ, встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ во 2-мъ и въ 3-мъ, гдѣ шансы въ отношеніи частоты почти одинаковы. При крайнемъ истощеніи больныхъ въ концѣ болѣзни, дѣйствительно, кровохарканіе повидимому рѣже наблюдается, что очевидно зависитъ отъ обѣднѣнія крови и ослабленія сердечной дѣятельности. Въ моихъ же цифровыхъ данныхъ больные 3-го періода въ большей части случаевъ брались за нѣсколько мѣсяцевъ и болѣе до смерти, когда крайняго истощенія еще не бываетъ.

Считаю нужнымъ сказать здѣсь нѣсколько словъ о такъ называемыхъ *первичныхъ* и *вторичныхъ* кровохарканьяхъ. Гораздо раньше открытія Кохомъ туберкулезныхъ палочекъ многіе авторы, согласно съ воззрѣніемъ Леннека, считали кровохарканіе за явленіе вторичное, послѣдовательное. Въ настоящее же время, послѣ открытія Коха и множества весьма дѣльныхъ экспериментальныхъ работъ иностранныхъ и русскихъ едва ли кто нибудь станетъ сомнѣваться, что кровохарканіе всегда является послѣдствіями уже существующей болѣзни и этіологическаго значенія въ смыслѣ Ф. Нимейера не имѣетъ. Hiller и въ недавнее время Leyden [1]) находили палочки въ крови при такихъ первичныхъ кровохарканіяхъ, когда клиническое изслѣдованіе недавало еще никакихъ указаній на заболѣваніе легкихъ. Debowe остроумно замѣчаетъ по поводу этіологіи первичныхъ кровохарканій, что нужно отыскать другую причину кровохарканія, чѣмъ самъ туберкулезъ. Возможно допустить, что маленькія раннія кровохарканія иногда происходятъ при цѣлости легочной ткани такимъ же путемъ, какъ геморрагіи purpurae haemorragiae, т. е. вслѣдствіе закупорки волосныхъ сосудовъ микробами [2]).

Начальныя кровохарканія, съ появленія которыхъ больные считаютъ начало своей болѣзни, отмѣчены только въ 38 случаяхъ изъ 1000 (2,8%).

Отношеніе къ исходамъ болѣзни явствуетъ изъ слѣдующей таблицы:

[1]) Врачъ 84 г. № 49, стр. 833.
[2]) Врачъ 84. № 10, стр. 182.

Таб. 23.

	Мущины.			Женщины.			оба пола.		
	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.
Выздоров.	50,5	40,0	9,4	67,3	28,6	4,0	58,4	34,6	6,8
Улучшеніе	37,5	43,6	18,4	57,9	31,5	10,5	44,5	39,4	15,9
Ухудшеніе	41,3	43,4	15,2	47,8	34,7	17,3	43,4	40,5	15.9
Status quo	30,0	55,0	15,0	60,0	30,0	10,0	40,0	46,3	13.6
Исх. неизв.	39,0	45.5	15,4	49,2	44,9	5,7	42,7	45,3	11,9
Смерть	34,9	38,5	26,5	23,3	50,0	26,6	31,8	41,5	26,5
Итогъ	41,0	42,6	16.2	56,7	34,4	8,7	47,0	39,6	13,4

Если соединить выздоровленіе и улучшеніе въ одну группу, ухудшеніе и исходъ неизвѣстенъ въ другую и, наконецъ, смерть въ третью и выразить отношеніе въ простыхъ числахъ, то получается, при сліяніи обоихъ кровохарканій (кр. 1 и кр. 2=кр.), причемъ за единицу для сравненія принимается Кр. 0., слѣдующее:

Таб. 24.

	Мущины.	Женщины.	Оба пола.
По выздор. и улучш.	1: 1,2	1: 0,5	1: 0,9
Ухудш., st. quo, исх. неиз.	1: 1,5	1: 1.	1: 1,3
Смерть	1: 1,7	1: 3,2	1: 2.1

Эти отношенія показываютъ, насколько отсутствіе кровохарканія или частота его имѣетъ вліяніе на исходъ, что особенно замѣчается въ исходѣ смерть, гдѣ кровохарканіе у обоихъ половъ встрѣчается вдвое чаще. Такое отношеніе зависитъ очевидно отъ того, что лица, имѣющія дурной прогнозъ и исходъ, болѣе склонны къ кровохарканію. То же отношеніе въ общемъ усматривается и при дѣленіи по періодамъ болѣзни.

Таб. 25-я.

	Мущины.									Женщины.								
	I			II			III			I			II			III		
	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1	Кр. 2.
Выздоровленіе	63,4	29,8	6,7	32,0	54,0	14,0	25	62,5	12,5	72,8	25,4	1,6	50	42,3	7,6	33,3	33,3	33,3
Улучшеніе	65,0	30,0	5	32,4	45,9	21,6	20	53,3	26,6	79,4	14,7	5,8	48,9	40,4	10,6	35,7	42,8	21,4
Ухудшеніе	42,8	14,2	42,8	29,4	58,8	11,7	50	40,9	9	50	50	—	50	33,3	16,6	46,6	33,3	20
Status quo	—	—	—	28,5	57,1	14,2	33,3	50	16,6	100	—	—	50	38,3	16,6	50	50	—
Исходъ неизв.	43,4	47,8	8,6	36,2	43,2	20,2	41,9	48,3	9,6	77,7	22,2	—	25,8	61,2	12,9	45,4	54,5	—
Смерть	—	—	—	30,3	45,4	24,2	38	34	28	—	—	—	—	50	50	25	50	25
Итогъ	60,3	31,6	8	32,6	48	19,3	35,4	45,1	19,3	74,8	22,9	2,1	42,3	45,7	11,8	35,5	44,7	19,7.

У обоихъ половъ по періодамъ:

Таб. 26-я.

	I			II			III		
	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр. 1.	Кр. 2.
Выздоровленіе	68,4	27,4	4	38,1	46	15.7	27,2	54,5	18,1
Улучшеніе	71,6	22,9	5,4	37,3	44,3	18,4	25	50	25
Ухудшеніе	44,4	22,2	33,3	34,7	52,1	13	48,6	37,8	13,5
Status quo	100	—	—	35	50	15	37,5	50	12,5
Исходъ неизв.	62	34	4	33	49	18	42,8	50	7,1
Смерть	—	—	—	28,5	45,7	25,7	33,3	39,7	26,9
Итогъ	67,7	27,1	5	35,4	47,3	17,2	35,4	45	19,4.

[1]) Считаю нужнымъ оговориться разъ навсегда, что и при дальнѣйшемъ изложеніи моего труда, я буду приводить вездѣ подробныя таблицы по поламъ, періодамъ и исходамъ, не смотря на то, что нѣкоторыя изъ нихъ кажутся вовсе излишними. Поступаю такимъ образомъ потому, что во 1) желаю дать возможность всякій изъ моихъ выводовъ провѣрять, 2) почти каждая изъ таблицъ, что либо уясняетъ и притомъ очевиднѣе, чѣмъ слова, и наконецъ 3) нѣкоторыя изъ таблицъ можетъ быть кому либо пригодятся впослѣдствіи. Поэтому я предпочитаю лучше получить упрекъ въ излишествѣ таблицъ и статистическихъ комбинацій, чѣмъ отказаться отъ помѣщенія ихъ въ трудѣ.

Ф; Отношеніе кровохарканія къ мѣстамъ пораженія. Давно я замѣтилъ въ своей практикѣ, что при пораженіи лѣваго легкаго кровохарканіе встрѣчается чаще. Нижеслѣдующія цифровыя данныя подтверждаютъ вѣрность наблюденія для всѣхъ поріодовъ болѣзни.

Таб. 27-я.

	правое		лѣвое		оба	
По періодамъ	Кр. 0	Кр.	Кр. 0	Кр.	Кр. 0	Кр.
I	68,7	31,2	66,6	33,3	64	36
II	35,4	64,6	27,9	72,1	42,2	57,7
III	32,4	67,5	37	62,8	40	60
	48,9	51	41	58,9	47	52,9

Изъ таблицы видно, что при страданіи леваго легкаго кровохарканіе въ среднемъ выводѣ во всѣхъ періодахъ болѣзни бываетъ чаще противъ праваго на 8%, а противъ пораженія обоихъ легкихъ на 6%. Въ простыхъ числахъ отношеніе будетъ слѣдующее для обоихъ половъ вмѣстѣ.

Таб. 28-я.

	Кр. 0		Кl.
Правое	1	:	1,04
Лѣвое	1	:	1,43
Оба	1	:	1,12

То же самое наблюдается для каждаго пола порознь:

Таб. 29-я.

	Мущины	Женщины
Правое	1 : 1,38	1 : 0,67
Лѣвое	1 : 1,73	1 : 0,07
Оба	1 : 1,3	1 : 0,78

Замѣчательно, что при локализаціи болѣзни въ лѣвомъ легкомъ увеличиваются шансы не только для кровохарканья, но даже и для дурнаго исхода, что видно изъ слѣдующей таблицы, гдѣ кровохарканіе сопоставлено съ мѣстами пораженія и исходами у обоихъ половъ:

Таб. 30-я.

	Правое.		Лѣвое.		Оба.	
	Кр. О.	Кр.	Кр. О.	Кр.	Кр. О.	Кр.
Выздоровленіе	60,4	39,5	53,3	46,6	55	45
Улучшеніе	45,6	54,4	42	58	43,9	56
Ухудшеніе	54,8	45,1	33,3	66,6	35	65
Status quo	41,1	58,8	28,5	71,4	50	50
Исходъ неизв.	42,2	57,7	35,5	64,4	52,6	47,3
Смерть.	27,1	72,8	27,2	72,7	43,7	56,2

Чѣмъ объяснить это замѣчательное совпаденіе пораженія лѣваго легкаго съ большею частотою кровохарканія и дурными исходами? Нерѣдко я наблюдалъ, что лица, страдающія лѣвостороннимъ катарральнымъ процессомъ и особливо плевритами и плевропневмоніями средней доли, въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ сердцемъ, кои болѣе подвержены сердечнососудистой раздражительности, легко возбудимы, склонны къ приливамъ крови къ лицу и головѣ и учащенію пульса, несоотвѣтствующему температурѣ тѣла. Этотъ хретизмъ естественно увеличиваетъ шансы для болѣе частаго и болѣе сильнаго кровохарканія, а это, въ свою очередь можетъ неблагопріятно вліять на дальнѣйшій ходъ и исходъ болѣзни. Какимъ образомъ легочный процессъ вліяетъ тутъ па иннервацію сердечнососудистаго снаряда, предоставляю рѣшить физіологамъ и патологамъ. Для подтвержденія вышеуказанныхъ явленій (учащеніе пульса, склонность къ кровохарканію) ссылаюсь на исторіи болѣзни №№ XXI, XXVI и XXVII (См. главу исходы болѣзни) и кромѣ того приведу еще два примѣра:

№ XLIV. 1884 г. $\frac{x}{3}$. Г-нъ С. 35 л. женатъ, бухгалтеръ. Заболѣлъ 3 мѣсяца назадъ воспаленіемъ въ лѣвомъ легкомъ при сильномъ кашлѣ и умѣренной лихорадкѣ; черезъ мѣсяцъ (въ Августѣ) появилось кровохарканіе средней силы, послѣ чего усилилась лихорадка и появились ночные поты. По пріѣздѣ въ Ялту въ началѣ октября лихорадка прошла или изрѣдка достигала до 38° С.—Ростъ 175 с., емкость легкихъ 2800 к. с. (вм. 3900) вѣсъ тѣла 144 ф. Пульсъ постоянно около 100, даже при нормальной температурѣ и покойномъ положеніи. Въ лѣвой верхушкѣ умѣренное притупленіе и усиленіе голосоваго дрожанія; въ надключичной ямкѣ везикулярнаго дыханія нѣтъ, подъ ключицей и сзади въ области лопатки грубые сухіе хрипы; ниже соска и подъ мышкою очень слабое везикулярное дыханіе и при кашлѣ плевритическое треніе. Въ правомъ легкомъ никакихъ измѣненій нѣтъ. Благодаря осторожнымъ прогулкамъ на воздухѣ и употребленію молока, лихорадка черезъ 2 недѣли

прошла и больной въ течепіи 7 недѣль получилъ прибыли вѣса 10 ф. Въ лѣвомъ легкомъ за это время получилось незначительпое улучшеніе мѣстныхъ явленій; сердечпо-сосудистая раздражительность осталась почти прежняя. Въ половинѣ ноября больной уѣхалъ домой и на пути въ Москву получилъ безъ видимой причины сильное бронхіальное кровотеченіе, отъ котораго оправился только спустя два мѣсяца, возвратившись въ Ялту.

№ XLV. 1884 г. $\frac{XI}{15}$. Г-жа С., дѣвица 23 л., слушательница медицинскихъ курсовъ. Болѣе года страдаетъ катарромъ лѣваго легкаго, развившимся постепенно. Въ прошломъ году зимою въ Ялтѣ очень поправилась, пополнѣла (134 ф.) и чувствовала себя очень хорошо; безпокоили только сердцебіенія и приливы крови къ лицу и головѣ, а также боли въ лѣвой половинѣ груди. Безъ видимой причипы вдругъ сдѣлалось сильное бронхіальное кровотеченіе, послѣ котораго появились лихорадка, ночпые поты и исхуданіе. Въ такомъ состояніи, едва оправившись, опа уѣхала па лѣто въ деревпю, гдѣ получила только незначительное улучшеніе. Въ половинѣ ноября снова пріѣхала па зиму въ Ялту въ слѣдующемъ состояніи. Ростъ 155 с. емкость легкихъ 1800 к. с. (вм. 2565) вѣсъ 117 ф. (противъ прошлаго года похудѣла на 17 ф.), лихорадка значительная (39,5 С.) и ночные поты. Въ лѣвомъ легкомъ вездѣ притупленіе, которое въ нижпей долѣ слабѣе; подъ ключицею тонъ разбитаго горшка и рѣзкій бронхіальпый выдохъ, доходящій до грудпой железы; въ области лопатки слабые субкрепитирующіе хрипы, подъ мышкою слабое везикулярное дыханіе и при кашлѣ аффриктъ. Пульсъ учащенный, свыше 100 ударовъ въ минуту, толчокъ сердца распространенный. Въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ, при значительномъ употребленіи рыбьяго жира и приложеніи мушекъ больная очень поправилась, пріобрѣтя вѣсу 14 ф., слабость, лихорадки и поты прошли; но дыханіе только немного улучшилось въ лѣвомъ легкомъ. Сердечно-сосудистая разражительность, проявляющаяся приливами крови къ лицу и головѣ и сердцебіеніемъ, доводящимъ до безсонницы, осталась прежняя; не смотря на мушки, употребленіе горькой воды въ послабляющей дозѣ и vini stibiati, причемъ имѣлось въ виду подавленіе сердечной раздражительности, все таки весною раза два было кровохарканіе, впрочемъ умѣренное.

Въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко кровохарканію предшествуетъ и, вѣроятно, служитъ производящею причиною появленіе мѣстнаго плеврита или возвратъ стараго въ средней или нижней долѣ. (См. также ниже № XXXIV ист. болѣзни).

g) *Отношеніе къ лихорадкѣ*. См. слѣд. главу.

h) *Отношеніе къ возрасту*. Данныхъ касающихся этого вопроса.

въ литературѣ очень мало; по Оппольцеру кровохарканіе бываетъ во всякомъ возрастѣ, но чаще всего въ юношескомъ. Мои данныя этому противорѣчатъ, и потому я проведу ихъ въ формѣ подробныхъ таблицъ, по пятилѣтіямъ:

Таб. 31-я.

	Мущинъ въ %.				Женщинъ въ %.				Оба пола %.			
	Кр. 0.	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.
14—15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15—20	58,3	41,6	37,5	4,1	67,6	32,3	29,2	3	62,7	37,2	33,5	3,5
20—25	36,3	63,6	46,2	17,4	46,8	53,1	41,4	11,7	40,7	59,2	44,2	15
25—30	41,5	57,8	41,5	15,7	55,7	44,2	32,6	11,5	47,5	52,4	38,4	14
30—35	33,3	66,6	50,9	15,6	56,2	43,7	35,4	8,3	40,6	59,3	42	13,3
35—40	32,8	67,1	45,3	21,8	50	50	39,4	10,5	39,2	60,7	43,1	17,6
40—45	40	60	38	22	75	25	—	—	42,5	57,4	37	20,3
45—50	42,8	57,1	38	19	71,4	28,5	28,5	—	50	50	35,7	14,2
50—55	50	50	16,6	33,3	—	—	—	—	60	40	13,3	26,6
55—60	83,3	16,6	—	16,6	33,3	66,6	66,6	—	66,6	33,3	22,2	11,1

Для настоящей таблицы взяты всѣ мущины (623) и всѣ женщины (377); изъ мущинъ 256 не имѣли кровохарканія, 266 имѣли малое (Кр. 1) и 101—большое (Кр. 2) изъ женщинъ 214 не имѣли кровохарканія, 130 имѣли малое и 33 большое.

Если эти данныя взять по десятилѣтіямъ, то отношеніе частоты и силы кровохарканія получится еще нагляднѣе.

Таб. 32.

	мущины въ %			женщины въ %			оба пола въ %		
	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.
до 20 л.	40,2	36,3	3,8	28,9	26,3	2,6	34,6	31,3	3,2
20—30.	60,4	43,6	16,4	48,4	36,8	11,6	55,6	41,1	14,5
30—40.	66,8	48,7	18	46,5	37,2	9,3	59,9	44,8	15
40—50.	59,1	38	21,1	27,2	27,2	—	54,8	36,5	18,2
50—60.	38,8	11,1	27,7	33,3	33,3	—	37,5	16,6	20,8

Такимъ образомъ во 1-хъ частота кровохарканія въ общемъ съ возростомъ увеличивается прогрессивно до 40 лѣтъ и послѣ того начинаетъ уменьшаться, что можетъ быть зависитъ отъ малаго числа случаевъ послѣ 40 лѣтняго возраста. Рѣже всего кровохарканіе встрѣчается до 20 лѣтъ и это вѣроятно обусловливается тѣмъ, что чаще встрѣчающаяся

здѣсь быстротечная форма болѣзни менѣе склонна давать кровоизліянія въ дыхательные пути; тоже высказываетъ Ruehle, находя, что часто кровохарканія не бываетъ при скоротечныхъ формахъ, при медленно же протекающихъ оно можетъ часто повторяться [1]). Во 2-хъ., кровохарканіе, сильное (Кр. 2) въ особенности, учащается правильно съ возрастомъ, причемъ дальнѣйшее распространеніе легочнаго процесса, развивающагося болѣе медленно, даетъ больше шансовъ къ разрыву сосудовъ, которые при томъ же въ болѣе пожиломъ возрастѣ дѣлаются ломкими. Въ 3-хъ., въ возрастѣ 25—30 л. частота кровохарканія временно уменьшается у обоихъ половъ и въ слѣдующемъ пятилѣтіи снова увеличивается. Этотъ фактъ тѣмъ болѣе трудно объяснить, что въ этомъ пятилѣтіи (25—30) заболѣваемость и смертность даютъ наибольшіе цифры. (См. главу о возрастѣ).

i) **Отношеніе кровохарканія при хронической чахоткѣ.** Приведемъ сначала данныя, касающіяся частоты и силы кровохарканія по періодамъ и поламъ у той сотни хроническихъ фтизиковъ, о которой была рѣчь выше.

Таб. 33.

	мущины въ $^0/_0$				женщины въ				$^0/_0$ оба пола			
	Кр. 0.	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.	Кр. 0.	Кр.	Кр. 1.	Кр. 2.
I	87,5	12,5	12,5	—	68,4	31,5	26,3	5,2	74	25,9	22,2	3,7
II	16	84	48	36	36,8	63,1	57,8	5,2	25	75	52,2	22,7
III	10	90	60	30	44,4	55,5	22,2	33,3	20,6	79,3	48,2	31
	24,5	75,4	47,1	28,3	51	48,9	38,8	10,1	37	63	43	20

При сравненіи этихъ цифръ съ вышеприведенными, касающимися чахотки вообще оказывается, что при хронически протекающей болѣзни кровохарканіе бываетъ чаще на $10^0/_0$, и при томъ у мущинъ на $16,5^0/_0$, а у женщинъ только на $6,2^0/_0$. По періодамъ болѣзни тоже усматривается преобладаніе кровохарканія у хрониковъ именно во 1-мъ пер. у мущинъ оно чаще на 27,1, во 2-мъ—на 16,7 и въ 3-мъ—25,6; у женщинъ во 1-мъ пер. на 8,1 во 2-мъ—на 5,6 и только въ 3-мъ оно бываетъ наоборотъ рѣже на $8,9^0/_0$. Причину учащенія кровохарканія слѣдуетъ искать въ томъ, что чѣмъ дольше тянется болѣзнь, тѣмъ больше получается условій и поводовъ для разрыва сосудовъ. Такое же учащеніе наблюдается и для значительнаго кровохарканія (кр. 2), получающагося въ общемъ на $6,6^0/_0$ чаще при хронической чахоткѣ, вѣро-

[1]) Рук. къ частн. пат. и тер. изд. Цимсеномъ т. V, 2-я половина.

ятно, вслѣдствіе разрыва болѣе крупныхъ сосудныхъ вѣтокъ въ кавернахъ и эктазіяхъ.

Въ теченіи хронической чахотки иногда наблюдаются случаи, характеризующіеся особенно частыми и обильными бронхіальными геморрагіями, которыя появляются черезъ извѣстные, довольно правильные промежутки времени, и которыя иногда являются викарными или геморройными. Послѣдняго рода кровохарканія большинство авторовъ отрицаетъ, или относится къ нимъ скептически. Жакку допускаетъ эти замѣняющія кровохарканія, совѣтуя оставлять ихъ въ большинствѣ случаевъ безъ леченія [1]), Lebert отрицаетъ ихъ, называя остаткомъ старины и пустой традиціей; онъ видѣлъ много геморраидамеровъ и не наблюдалъ вовсе замѣняющихъ легочныхъ кровохарканій [2]). Ruehle, хотя тоже относится скептически къ замѣняющимъ регулы и геморрой кровохарканіямъ, но далекъ отъ отрицанія ихъ. „Представитъ доказательства въ пользу такой связи, говоритъ онъ, безъ сомнѣнія трудно и я могу сослаться только на аналогію съ носовымы кровотеченіями, явленіями гипереміи головы, возбужденіемъ сосудистой системы вообще и на случаи, въ которыхъ геморраидальныя и менструальныя кровотеченія повидимому имѣли связь съ легочнымъ кровотеченіемъ. Послѣ этого я въ видѣ предположенія допускаю, что если въ легкихъ существуетъ уже пораженіе, задержаніе мѣсячныхъ, которое наступило не вслѣдствіе беременности, безъ лихорадки, безъ предшествующей анеміи, можетъ подать поводъ къ легочному кровотеченію; тоже самое можно сказать о правильно повторяющихся геморроидальныхъ кровотеченіяхъ. Относительно послѣднихъ я могу прибавить, что такія легочныя кровотеченія возвращались у многихъ извѣстныхъ мнѣ больныхъ въ 4—6 недѣльные промежутки и прекращались, когда съ такою же правильностью было приставляемо нѣсколько піявокъ ad anum“ [3]). Въ моихъ журналахъ отмѣчено 10 (1%) случаевъ такъ называемыхъ геморроидальныхъ кровохарканій у мущинъ, гдѣ привычные геморроидалисты получали кровохарканіе взаменъ геморроидальныхъ истеченій, и гдѣ послѣднія чередовались иногда съ первымъ. Мнѣ кажется, что въ этомъ отношеніи существуетъ недоразумѣніе и что, по крайней мѣрѣ, нѣкоторые изъ случаевъ этого рода допускаютъ иное толкованіе, именно кровотеченія эти существуютъ независимо другъ отъ друга. Когда лицо, имѣвшее періодическія геморроидальныя кровотеченія, заболѣваетъ чахоткое, то оно, подобно другимъ больнымъ, нерѣдко получаетъ кровохарканіе, не имѣющее никакой связи съ геморроемъ и являющееся послѣдствіемъ

---

[1]) Жакку. Руков. къ внутр. патал. т. II.

[2]) Lebert, op. c.

[3]) Ruehle, руков. къ част. пат. и тер. Цимссена т. V вторая половина стр. 434.

легочнаго процесса; если кровохарканіе было довольно значительное и по количеству соотвѣтствовало прежде бывшимъ геморроидальнымъ истеченіямъ то послѣднія могутъ надолго исчезнуть, подобно тому, какъ онѣ не появились бы послѣ кровопусканія или другимъ способамъ произведенной потери крови, или послѣ истощенія и ослабленія организма вообще. Аналогичное явленіе наблюдается у женщинъ при значительной метроррагіи, послѣ которой нерѣдко регулъ не появляется въ свое время. Въ дальнѣйшемъ теченіи легочной болѣзни, смотря по ея роду и индивидуальнымъ условіямъ больнаго, бронхіальныя кровотеченія или вовсе вытѣсняютъ (замѣняютъ) геморроидальныя, или иногда чередуются съ ними. Необходимо, мнѣ кажется, отличать случаи, въ которыхъ развивающаяся у геморроидалистовъ чахотка ведетъ къ кровохарканію и которые бываютъ всего чаще, и тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ легочныя кровохарканія являются какъ бы самостоятельною болѣзнью замѣняющею геморрой. Приведу здѣсь два соотвѣтственныхъ случая.

№ XLVI. 1874 $\frac{IV}{6}$. Г-нъ Г., 30 л., холостъ. Отецъ potator и геморроидалистъ, всѣ братья также страдаютъ періодически геморроидальными истеченіями. На 15 году жизни было нѣсколько разъ геморроидальное кровотеченіе, но оно скоро уступило мѣсто сильнымъ кровохарканіямъ, появившимся до сихъ поръ (въ теченіи 15 лѣтъ) черезъ довольно правильные промежутки времени, чаще всего весною и въ концѣ осени и не менѣе двухъ разъ въ годъ. Кровотеченія эти, продолжавшіяся отъ 2—8 дней, чрезвычайно обильны (3—5 и болѣе стакановъ) и стремительны, такъ что больной едва успѣвалъ выбрасывать кровь. Въ началѣ болѣзни 7 или 8 разъ одновременно съ кровохарканіемъ появлялись по тѣлу петехіальныя пятна; иногда въ умѣренномъ количествѣ показывалась кровь и низомъ.—Ростъ 177 С. емкость легкихъ 2700 к. с. (вм. 4000), вѣсъ тѣла 161 ф., тѣлосложенія крѣпкаго, наслѣдственнаго расположенія къ чахоткѣ не имѣетъ. При дыханіи правая половина груди отстаетъ отъ лѣвой; справа, спереди и сзади на пространствѣ всей верхней доли легкаго, тонъ при постукиваніи туповатый и дыханіе слабое, неопредѣленное, съедва замѣтнымъ выдыханіемъ и при кашлѣ слабыми слизистыми хрипами. Селезенка увеличена. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ и прежде тоже не замѣчалось. Кашель и одышка умѣренные. Больной впечатлителенъ, болтливъ и легко раздражается при всякомъ противорѣчіи.—Въ теченіи непрерывнаго 8-ми лѣтняго пребыванія въ Ялтѣ я имѣлъ возможность наблюдать приступы обильныхъ легочныхъ кровотеченій, повторявшихся съ обычною правильностію ежегодно. Обыкновенно почти предъ каждымъ приступомъ являлись за 1—2 дня предвѣстники: недомоганіе, дурное настроеніе духа, неопредѣленныя боли въ груди и иногда во всемъ тѣлѣ и наконецъ—какъ непремѣнное и зага-

дочное явленіе—значительная боль въ селезенкѣ. Затѣмъ, вдругъ появлялось стремительное и обильное легочное кровотеченіе, противъ котораго оказывались безсильными всѣ обычные пріемы и средства [1]). Больной хорошо переносилъ эти огромныя потери крови, рѣдко ослабѣвалъ и къ концу приступа обнаруживалъ необычайную прожорливость, причемъ ѣлъ днемъ и ночью всякую пищу. Нерѣдко послѣ кровохарканія онъ чувствовалъ себя лучше прежняго, подобно привычнымъ кровопусканіямъ, получающимъ замѣтное и рѣзкое облегченіе послѣ венесекціи. Во время и послѣ приступа въ правомъ легкомъ появилось множество влажныхъ кровяныхъ хриповъ, тонъ при перкуліе дѣлался тупѣе, но чрезъ нѣсколько дней все это исчезало и больной спустя двѣ или три недѣли [2]) въ теченіи которыхъ съѣдалъ невѣроятное количество питательной пищи, возвращался къ прежнему состоянію и принимался за свои дѣла. Ни разу я не наблюдалъ лихорадочнаго состоянія; мѣстныя измѣненія въ легкомъ оставались въ прежнемъ видѣ, едва замѣтно прогрессируя въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ. Чѣмъ быстрѣе больной поправлялся послѣ кровохарканія, чѣмъ скорѣе нарасталъ его вѣсъ, тѣмъ короче былъ періодъ времени между приступами кровотеченія. Въ 78 г. больной получилъ lues, который лечилъ недостаточно изъ боязни усилить легочныя кровотеченія; послѣднія неизмѣнили подъ вліяніемъ новой болѣзни своей силы и характера; спустя 4 года онъ погибъ не отъ легочной болѣзни или кровохарканія, съ которыми боролся довольно успѣшно 23 года и могъ бы еще жить долго, а отъ присоединившагося нефрита и воспаленія оболочекъ мозга (вѣроятно въ связи съ lues).

Едвали возможно сомнѣваться, что въ случаяхъ подобныхъ приведенному мы имѣемъ дѣло съ общимъ кровоточивымъ діатезомъ, проявляющимся легочными кровотеченіями, вмѣсто чаще бывающихъ посовыхъ или геморроидальныхъ; это есть кровоточивость дыхательнаго аппарата, можетъ быть зависящая отъ какой либо аномаліи въ сосудистой системѣ, но не легочный процессъ, не чахотка имѣющая другое теченіе и характеризующаяся меньшею продолжительностію, лихорадкою и прогрессирующимъ ходомъ мѣстныхъ явленій. Если такія кровохаркающія особы часто вспослѣдствіи погибаютъ отъ паразитной чахотки, то это происходитъ отъ зараженія, наступающаго благодаря мѣстно подготовленной почвѣ и общему ослабленію организма.

---

[1]) Только иногда приносило пользу при началѣ кровотеченія употребленіе кофе и вина, о которыхъ въ другое время больной не смѣлъ и думать; случайно онъ самъ убѣдился въ пользѣ этихъ возбуждающихъ средствъ, которыя въ недавнее время предложилъ при застойныхъ кровохарканіяхъ Driver (Врачъ 84 г. № 31 стр. 532).

[2]) Столь быстрое всасываніе излившейся крови напоминаетъ тѣ явленія, которыя наблюдаемы были разными авторами при опытахъ со впрыскиваніями крови въ легкія животныхъ.

№ XLVII.—А вотъ интересный случай другаго рода, гдѣ бронхіальная кровоточивость наоборотъ происходила отъ бациллярной чахотки. $1881\frac{IX}{12}$. Г-нъ Ч-нъ, 37 л., холостъ, товарищъ прокурора. Мать умерла отъ чахотки; больной, какъ и его братья, имѣлъ кровотеченія низомъ, правильно появлявшіеся въ концѣ каждаго мѣсяца; студенческую жизнь провелъ въ кутежахъ. Годъ тому назадъ простудился и получилъ повидимому лѣвую плевропневмонію, послѣ которой появилось сильное бронхіальное кровотеченіе, взамѣнъ геморроидальнаго.

Съ тѣхъ поръ въ теченіи года у него каждый мѣсяцъ между 20—22 числами появлялось вмѣсто геморроя кровохарканіе.—Ростъ 170 С., емкость легкихъ 2500 к. с. (вм. 3600); вѣсъ тѣла 158 ф. Кашля и одышки мало; существуетъ наклонность къ сердцебіенію и приливамъ къ лицу, а также къ запорамъ. Въ лѣвой верхушкѣ умѣренное притупленіе и ослабленное неопредѣленное дыханіе при усиленіи голосоваго дрожанія; подъ мышкою очень слабое дыханіе; печень увеличена.—Послѣ винограднаго леченія въ Ялтѣ чувствовалъ себя хорошо, запоры прошли и въ теченіи полугода (до весны) кровохарканій не было, а вмѣсто нихъ снова возобновились ежемѣсячныя кровотеченія низомъ въ тѣ же числа (20—22). Въ апрѣлѣ (82 г.) опять показалось значительное кровохарканіе, которое чередовалось неправильно съ геморроемъ до осени, такъ что послѣ 20 числа каждаго мѣсяца появлялось то геморройное кровотеченіе, то кровохарканіе. Осенью въ Ялтѣ снова поправился, хотя мѣстныя явленія въ лѣвомъ легкомъ были хуже, чѣмъ годъ тому назадъ (тонъ тупѣе и при кашлѣ слабые субкрепитирующіе хрипы). Весною и лѣтомъ 83 г. снова появились обильныя бронхіальныя кровотеченія, благодаря которымъ вѣсъ тѣла убавился на 25 ф. Всю осень и зиму, проведенныя въ Ялтѣ, больной лихорадилъ; катарральный процессъ распространился и на правое легкое; въ лѣвомъ легкомъ раза два обострился плевритъ. Все время въ Ялтѣ (до весны) между 20—22 числами каждаго мѣсяца появлялось кровохарканіе, которое только изрѣдка замѣнялось кровотеченіемъ ex ano. Принимая пунктуальную правильность ежемѣсячныхъ кровохарканій за слѣдствіе психическаго вліянія, я одинъ разъ предотвратилъ обычное кровохарканіе, убѣдивши больного, что на этотъ разъ оно не появится между 20—22 числами; но успѣхъ былъ кратковременный: черезъ нѣсколько дней кровохарканіе появилось. Больной дошелъ до крайняго истощенія, на ступняхъ появились anasarca и только благодаря непрерывному употребленію рыбьяго жира онъ прожилъ зиму, весну и лѣто (лѣтомъ также пилъ рыбій жиръ) и умеръ осенью 84 года.—Замѣчательно, что упорные запоры, противъ которыхъ оказались безсильными клизмы и слабительные, при употребленіи рыбьяго жира исчезли и желудокъ дѣйствовалъ съ неизмѣнною аккуратностью, что въ данномъ случаѣ имѣло особую важность.

j) *Отношеніе кровохарканія къ національностямъ.* Я располагаю матеріаломъ, относящимся только къ евреямъ и не евреямъ (русскимъ). При сравненіи разница въ отношеніи частоты и силы кровохарканія получается значительная, именно не въ пользу еврейской народности. На 1000 больныхъ оказалось 188 (18,8%) евреевъ; изъ нихъ 129 мущинъ и 59 женщинъ. Изъ остальныхъ 812 случаевъ относящихся къ не евреямъ, 494 падаетъ на мущинъ и 318 на женщинъ. Если выдѣлить оба эти кровохарканія, то получимъ слѣдующее отношеніе въ %:

Таб. 34-я.

	Мущины.		Женщины.	
	Кр. 0.	Кр.	Кр. 0.	Кр.
Евреевъ	34,1	65,8	54,2	45,7.
Неевреевъ	42,9	57	57,2	42,7.

Такимъ образовъ у евреемъ мущинъ почти на 9% кровохарканія чаще, а у женщинъ только на 3% по сравненію съ славянскимъ племенемъ обоего пола. Кровохарканіе въ особенности преобладаетъ у евреевъ во 2-мъ періодѣ болѣзни (83%). Что касается силы кровохарканія, то большое кровохарканіе (Кр. 2) также у евреевъ мущинъ чаще на 9%, у евреевъ же наоборотъ рѣже на 3,3%.

Чѣмъ объяснить большую склонность евреевъ къ кровохарканію? Врачамъ, часто практиковавшимъ между евреями, извѣстно, что они болѣе или менѣе гемофилики; между ними нерѣдко можно встрѣтить 20 лѣтнихъ юношей, уже имѣющихъ геморроидальныя кровотеченія или шишки; евреи чаще обыкновеннаго страдаютъ носовыми кровотеченіями, нерѣдко обильными. Причина этой кровоточивости заключается въ дурныхъ санитарно-гигіеническихъ условіяхъ; недостаточное пользованіе чистымъ воздухомъ, отсутствіе благодѣтельнаго физическаго труда и дурная малопитательная пища съ неизбѣжною примѣсью пряностей, способствуютъ малой эластичности сосудныхъ стѣнокъ и ихъ хрупкости. Возможно допустить, что благодаря указаннымъ условіямъ самый составъ крови получаетъ нѣкоторыя особенности (гидремія, недостаточная свертываемость и пр.).

k) *Отношеніе кровохарканія къ приморскому климату Крыма.* Многіе изъ пріѣзжающихъ въ Крымъ легочныхъ больныхъ замѣчаютъ, что кровохарканіе у нихъ на Югѣ бываетъ чаще, чѣмъ дома на континентѣ. Но къ этому заявленію больныхъ нужно относиться скептически, помня тотъ фактъ, что въ большинствѣ случаевъ кровохарканіе

учащается съ каждымъ годомъ болѣзни, особенно съ переходомъ ея изъ перваго во второй періодъ (см. выше). Понятно, что если больной одинъ или два года прожилъ дома въ первомъ періодѣ развитія болѣзни, причемъ у него не было кровохарканія ни разу, или оно являлось изрѣдка, то по пріѣздѣ въ Крымъ во 2-мъ или 3-мъ періодахъ чахотки, онъ можетъ получать кровохарканіе чаще, чѣмъ прежде и причину этого будетъ приписывать перемѣнѣ климата. Принимая это обстоятельство во вниманіе, я, тѣмъ неменѣе, па основаніи нѣкоторыхъ наблюденій, относившихся къ лицамъ, которыя по долгу находились въ станціонарномъ положеніи, пришелъ къ убѣжденію, что на Югѣ кровохарканія встрѣчаются нѣсколько чаще и бываютъ изобильнѣе, но за то больные отъ нихъ поправляются скорѣе, чѣмъ на сѣверѣ. Хотя приморскій климатъ Крыма въ общемъ отличается большимъ постоянствомъ, чѣмъ внутри Россіи (по крайней мѣрѣ въ отношеніи температуры), но колебанія барометра иногда являются на Югѣ быстрыми и рѣзкими; а это не можетъ оставаться безъ вліянія на условія циркуляціи, имѣющія причинную связь съ кровохарканіями. Послѣднія, дѣйствительно, чаще наблюдаются въ Ялтѣ въ холодное время года, особенно же весною въ Мартѣ, когда при быстромъ повышеніи барометра, значительной сухости воздуха и рѣзкомъ пониженіи температуры дуетъ сильный вѣтеръ съ горъ (N или N 0). Нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ въ одну ночь получаетъ кровохарканіе нѣсколько человѣкъ; въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ я такъ привыкъ къ этому явленію, что при наступающихъ признакахъ этого вѣтра предупреждаю прислугу, что меня ночью могутъ разбудить. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я убѣдился, что тутъ, кромѣ перемѣны атмосфернаго давленія и температуры, появленію кровохарканія повидимому способствуютъ шумъ и завываніе вѣтра и связанныя съ ними невозможность сна, волненіе и т. п. Вѣроятно, быстрыя повышенія и пониженія атмосфернаго давленія благопріятствуютъ кровохарканію, измѣняя условія циркуляціи такъ-же, какъ при искусственныхъ опытахъ съ сгущеннымъ и разрѣженнымъ воздухомъ. „При повышеніи барометрическаго давленія легкія растягиваются больше, чѣмъ обыкновенно, причемъ отрицательное давленіе въ грудной полости повышается. Вслѣдствіе этого является усиленный притокъ крови въ правому сердцу (отъ повышеннаго присасыванія крови грудною полостью), а съ другой стороны повышается препятствіе для движенія крови по малому кругу отъ растяженія легкихъ. Кромѣ того происходитъ большее наполненіе артеріальной системы и слѣдовательно давленіе въ сосудахъ вообще. Отъ пониженія же баром. давленія уменьшается присасывающее дѣйствіе грудной клѣтки на венозную кровь большихъ стволовъ, что ведетъ къ обѣдненію кровью артерій и переполненію венъ большаго круга“ [1]). Кромѣ

[1]) Лекціи общ. патологіи проф. В. Пашутина т. II. 81 г. стр. 209 и 212.

того увеличенiе метеоризма, вызываемое паденiемъ барометра, также можетъ механически стѣснять кровообращенiе въ легкихъ и благопрiятствовать застоямъ. Такимъ образомъ, при быстрыхъ колебанiяхъ барометра какъ вверхъ, такъ и внизъ, возникаютъ условiя, могущiя благопрiятствовать кровохарканiю. Но повидимому кровохарканiя чаще наблюдаются при быстромъ повышенiи давленiя. 24 ноября 83 г., барометръ, за нѣсколько часовъ передъ тѣмъ понизившiйся, вдругъ быстро поднялся, сталъ дуть N вѣтеръ и температура въ теченiи нѣсколькихъ часовъ съ 12° R. пала до 2° R. Въ это время, именно въ перiодъ повышенiя давленiя и появилось кровохарканiе у двухъ хроническихъ фтизиковъ. Такъ какъ при барометрическихъ колебанiяхъ одновременно наступаютъ соотвѣтственныя термо-анемо—и психро-метрическiя измѣненiя, то нужно полагать, что поступающiя въ подобныхъ случаяхъ кровохарканiя являются послѣдствiемъ всѣхъ этихъ влiянiй, изъ коихъ роль каждаго выдѣлить и опредѣлить невозможно.

Можетъ быть не безъ влiянiя на частоту и силу кровохарканiя остается и само по себѣ неизмѣнное приморское мѣстоположенiе Ялты и соединенныя съ нимъ плотность и влажность воздуха, если принимать во вниманiе наблюденiя Weber'а, по которымъ въ разрѣженномъ воздухѣ высотъ кровохарканiя встрѣчаются рѣже, чѣмъ въ низменныхъ курортахъ [1]).

Замѣчательно, что въ иной годъ зимою кровохарканiя наблюдаются чаще, повидимому, при одинаковомъ качествѣ и количествѣ больныхъ, напоминая тѣмъ эндемiи другихъ заболѣванiй. Иногда, при долгомъ отсутствiи кровохарканiй, послѣднiя появляются въ короткое время въ большомъ числѣ случаевъ.

Къ леченiю кровохарканiя.

Не входя въ разсмотрѣнiе обычныхъ прiемовъ леченiя, излагаемыхъ въ учебникахъ и всѣмъ извѣстныхъ, я нахожу нужнымъ высказать нѣсколько словъ по поводу леченiя кровохарканiя. При незначительныхъ кровохарканiяхъ (а ихъ на 53 приходится 40) не слѣдуетъ прибѣгать къ энергическому леченiю внутренними кровоостанавливающими средствами, которыя во 1-хъ безполезны, потому что такiя кровохарканiя большею частью скоро прекращаются сами собою и мало вредятъ больнымъ; нерѣдко послѣ того они чувствуютъ себя даже лучше, вслѣдствiи уменьшенiя застоя въ больномъ легкомъ; во 2-хъ нерѣдко являются вредными вслѣдствiе вызываемаго ими ослабленiя аппетита, который обыкновенно послѣ кровохарканiя улучшается (это въ особенности относится къ пре-

---

1) Weber. Рук. къ климатотерапiи, стр. 146.

паратамъ Secal. cornuti). По этому лучше всего ограничиваться средствами наружными, а внутрь для успокоенія встревоженнаго больнаго назначить что либо индифферентное, ut aliquo modo os claudatur. Врачи нерѣдко вѣрятъ въ благотворное дѣйствіе внутреннихъ кровоостанавливающихъ средствъ только потому, что кровохарканіе прекращается само собою одновременно съ употребленіемъ лекарства. Что касается сильныхъ бронхіальныхъ кровотеченій, чаще всего бывающихъ у привычныхъ гемоптоиковъ, то о леченіи ихъ приходится сказать почти тоже. Періодически повторяющіяся бронхіальныя кровотеченія въ большинствѣ случаевъ останавливать вредно и остановка эта была бы еще вреднѣе, если бы она врачамъ легко удавалась. Привычные гемоптоики иногда уподобляются привычнымъ кровопускателямъ, у которыхъ ко времени бывшихъ венесекцій развивается интересный комплексъ явленій возомоторнаго характера;—по народному выраженію кровь просится наружу, бросается въ разные органы: голову, ноги, руки, поясницу и т. п. Если въ подобныхъ случаяхъ не сдѣлать венесекціи, то кровь можетъ хлынуть изъ носа, горла, или можетъ развиться какое то темное общее заболѣваніе. Нѣчто подобное иногда наблюдается у привычныхъ гемоптоиковъ предъ наступленіемъ легочнаго кровотеченія (предвѣстники). Безъ сомнѣнія, тутъ лучше всего было бы прибѣгать къ венесекціямъ; но русскіе врачи упорно избѣгаютъ ихъ, страдая какой-то гемофобіей. Будучи учениками нѣмецкой школы, они вообще боятся венесекціи, которая сдѣлалась чуть не преступленіемъ противъ науки. Такое фанатическое и рутинное отрицаніе кровопусканій безъ сомнѣнія есть крайность, почти столько же заслуживающая порицанія, какъ и крайнее увлеченіе венесекціями послѣдователей школы Бруссе. Если обратимъ вниманіе на то, что страдающіе катарромъ легкихъ послѣ кровохарканія нерѣдко получаютъ облегченіе, выражающееся уменьшеніемъ кашля, пониженіемъ температуры, исчезаніемъ болей и т. п., если вспомнимъ, что чахоточныя женщины рѣже подвергаются кровохарканію благодаря періодическимъ потерямъ крови при регулахъ, то должны будемъ согласиться, что въ соотвѣтственныхъ случаяхъ кровопусканія могутъ приносить существенную пользу. Опытъ показалъ, что лица, пускающія себѣ изъ года въ годъ кровь, доживаютъ до глубокой старости. Слѣдовательно, нужно полагать, что періодическія кровопусканія при хронической чахоткѣ и у лицъ неистощенныхъ будутъ вредить гораздо меньше, чѣмъ такія же потери крови чрезъ дыхательные пути, причемъ нерѣдко получается обострѣніе мѣстнаго процесса интерстиціальное сморщиваніе и проч.. Своевременными кровопусканіями мы дѣйствительно можемъ предохранить больныхъ отъ большихъ потерь крови черезъ дыхательные пути, потерь, которыхъ мы не можемъ предотвратить другими мѣрами. Примѣненіемъ кровеносныхъ банокъ и приставленіемъ піявокъ, къ чему тоже неохотно

прибѣгаютъ врачи, цѣль достигается не столь вѣрно. Иностранные врачи, особенно англійскіе и французскіе, нерѣдко прибѣгаютъ къ венесенціямъ при часто возвращающихся кровохарканіяхъ; только нѣмецкіе и русскіе врачи упорно придерживаются обычая во что бы то ни стало избѣгать кровопусканій [1]).—Мнѣ приходитъ на мысль, что разумно примѣняемый общій массажъ тѣла (за исключеніемъ можетъ быть поверхности, соотвѣтствующей больному легкому) при началѣ кровохарканія можетъ приносить существенную пользу. Измѣняя условія циркуляціи и механически распредѣляя кровяную жидкость, онъ можетъ ослаблять застои въ легкихъ. Этотъ способъ во всякомъ случаѣ будетъ безопаснѣе предложеннаго недавно Driver'омъ обоюдуостраго леченія, состоящаго въ томъ, чтобы заставлять больныхъ дѣлать глубокія вдыханія, ходить, пить вино и т. п. [2]). Послѣдній способъ можетъ быть являлся бы весьма дѣйствительнымъ при пассивныхъ застояхъ въ легочной ткани, если бы ихъ на дѣлѣ всегда легко было распознавать.

Въ заключеніе скажу нѣсколько словъ о питаніи и діетѣ лицъ, склонныхъ къ кровохарканіямъ. Врачи вообще стремятся улучшить питаніе и кровотвореніе и увеличить вѣсъ при чахоткѣ. Это стремленіе, имѣющее глубокое значеніе для огромнаго большинства больныхъ, поскольку они исхудали, не всегда имѣетъ разумное оправданіе у привычныхъ гемоптоиковъ. Здѣсь нужно лишь постепенно и осторожно улучшать питаніе и притомъ пищей нераздражающей, по преимуществу растительной, руководствуясь пословицей „тише ѣдешь,—дальше будешь". Усердно питая больного полусырыми бифштексами и виномъ, заботясь о томъ, чтобы онъ побольше ѣлъ и скорѣе пополнѣлъ, мы eo ipso будемъ употреблять такое леченіе, которое вѣрнѣе и скорѣе всего ведетъ къ новому кровохарканію. Чѣмъ скорѣе больной наберется силъ и прибавитъ крови, увеличивая тѣмъ боковое давленіе въ сосудахъ, тѣмъ скорѣе можетъ получить разрывъ ихъ, подобно ветхому мѣшку, который тѣмъ легче разрывается, чѣмъ больше накладываютъ тяжести. И дѣйствительно, такіе больные нерѣдко тотчасъ получаютъ кровохарканіе, какъ только пріобрѣтутъ въ короткое время нѣсколько фунтовъ вѣсу, получатъ хорошій цвѣтъ лица, полный пульсъ и т. п. Въ доказательство ссылаюсь на исторіи болѣзни №. №. XLIV—XLVI. Такое улучшеніе уже является

---

[1]) Къ банкамъ и піявкамъ я прибѣгалъ нерѣдко, но венесекцій не дѣлалъ: благодаря установившемуся деспотическому обычаю, нелегко нарушать его провинціальнымъ практикамъ, если наши свѣтила медицины тоже рабски ему подчиняются. Въ леченіи нерѣдко царитъ тотъ же деспотизмъ обычая и рутины, что и въ обыкновенной жизни, деспотизмъ менѣе всего приличествующій образованнымъ людямъ, сознающимъ притомъ несовершенства и безсиліе практической медицины.

[2]) Врачъ 81 г. № 31 стр. 532.

предвѣстникомъ угрожающаго кровохарканія, которое иногда удается предотвратить своевременными мѣрами, именно осторожностію въ пищѣ и питьѣ, легкими слабительными и иногда мѣстными кровоизвлеченіями. Этотъ же методъ я иногда употребляю и у другихъ чахоточныхъ больныхъ, неособенно склонныхъ къ кровохарканію; какъ только вѣсъ тѣла въ короткое время подходитъ близко къ нормальному среднему, я оставляю усиленное кормленіе и совѣтую не отягощать желудка большимъ количествомъ пищи и питья, а по больше ходить на воздухѣ. При быстромъ увеличеніи вѣса и улучшеніи питанія кровохарканіе можетъ наступить тѣмъ легче, чѣмъ меньше улучшился мѣстный процессъ въ легкихъ.

VII. ЛИХОРАДКА.

Лихорадка въ большой или меньшей степени всегда сопутствуетъ чахоткѣ; она главная причина глубокаго нарушенія метаморфоза, выражающагося исхуданіемъ, которое наиболѣе характеризуетъ чахотку. Впродолженіе хода болѣзни наблюдаются почти всѣ клинически извѣстные типы и степени лихорадочнаго состоянія, что обусловливается разными причинами и вліяніями, изъ коихъ главнѣйшія суть: индивидуальная тепловая реакція больнаго, быстрота и степень развитія легочнаго процесса и преобладаніе въ данный моментъ болѣзни катаррально-воспалительнаго процесса или специфическаго инфекціонно-бациллярнаго. Въ дѣйствительности чаще всего лихорадочное состояніе зависитъ отъ совмѣстнаго вліянія на организмъ нѣсколькихъ указанныхъ моментовъ. Въ виду этого, мнѣ кажется, что хотя лихорадка, сопровождающая чахотку, клинически изслѣдована весьма обстоятельно, но условія ея появленія и ближайшія ея причины подлежатъ новому и строгому изученію, опирающемуся на микроскопическое изслѣдованіе мокроты. Въ этомъ отношеніи я не располагаю достаточными данными и потому въ настоящей главѣ ограничусь приведеніемъ только нѣсколькихъ таблицъ.

Такой измѣнчивый припадокъ какъ лихорадка можно изобразить цыфрами только за короткое сравнительно время, какъ это дѣлается при острыхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ. Такимъ способомъ туберкулезная лихорадка уже давно и обстоятельно изслѣдована въ формѣ чиселъ и кривыхъ и я не нахожу нужнымъ съ своей стороны что либо прибавить къ этому.

Моими цифровыми данными я желалъ бы дать понятіе о нѣкоторыхъ отношеніяхъ лихорадки, обнимающихъ продолжительный періодъ

времени. По самому способу собиранія и обработки матеріала относящіяся сюда данныя не могутъ обладать той точностью, какая существуетъ въ другихъ отдѣлахъ моего труда, и потому я просилъ бы читающихъ имѣть въ виду только тѣ отношенія и выводы, какіе позволительно дѣлать при данныхъ условіяхъ.

Свѣденія о лихорадкѣ взяты за все время теченія болѣзни, какъ до пріѣзда на Югъ, такъ и за время леченія въ Крыму. Большинство больныхъ измѣряло температуру до пріѣзда на Югъ и потому могло дать вѣрныя свѣденія о степени лихорадки; только для небольшой части больныхъ дѣлались въ журналахъ отмѣтки на основаніи субъективнаго ихъ показанія. Во время же леченія на Югѣ больные всегда измѣряли температуру. Въ таблицахъ я буду употреблять слѣдующія сокращенія: отсутствіе лихорадки t_0, лихорадка малая или умѣренная (не свыше 39°C) t , лихорадка сильная или значительная (свыше 39°C) t_2 и, наконецъ, существованіе лихорадки вообще t.

а) **Частота лихорадки.** На 1000 больныхъ обоего пола 453 (45,3%) не имѣли лихорадки, остальные же 547 (54,7%) имѣли ее или во время леченія въ Крыму, или раньше. Послѣднюю цифру необходимо нѣсколько увеличить въ виду того, что часть больныхъ могла имѣть лихорадку столь незничительную, что она осталась незамѣченною. У женщинъ лихорадка на 13,3% рѣже, чѣмъ у мущинъ, что объясняется значительнымъ числомъ женщинъ 1-го періода болѣзни.

б) **Сила лихорадки.** Изъ 54,7% присутствія лихорадки у обоихъ половъ 30,1% относится къ умѣренной и 24,6% къ значительной. Первая у женщинъ бываетъ рѣже на 3,5%, а вторая на 9,7%. Очень высокая температура (выше 40,5°) обыкновенно въ теченіи чахотки встрѣчается рѣдко, даже въ послѣдней стадіи болѣзни. Высшая степень лихорадки, какую я наблюдалъ за нѣсколько дней до смерти у одного молодого человѣка при одновременномъ существованіи въ мокротѣ огромнаго количества бациллъ, была 41,6°; Lebert наблюдалъ только 6 разъ подпятіе температуры отъ 41—41,5°, и 1 разъ даже 42,5° [1]);—температура, при которой, по Коху, бациллы размножаются уже плохо.

в) **Отношеніе лихорадки къ поламъ и періодамъ болѣзни.** Оно явствуетъ изъ слѣдующихъ цифровыхъ данныхъ (въ %):

Табл. 35.

	I періодъ			II періодъ			III періодъ		
	t_0	t_1	t_2	t_0	t_1	t_2	t_0	t_1	t_2
Мущ.	85,0	14,3	0,5	31,6	45,5	22,7	6,4	23,8	69,6
Женщ.	87,9	11,4	0,5	30,5	56,7	12,6	6.5	22,3	71,0
Оба пола	86,5	12,5	0,5	31.3	48.7	19,6	6,4	23,3	70,1

---

[1]) Lebert op. c. B. II s. 254

Въ простыхъ числахъ отношеніе лихорадки къ ея отсутствію (при чемъ послѣднее принято за единицу) выражается слѣдующимъ образомъ:

Табл. 36.

	I періодъ	II періодъ	III періодъ
	t_0:t	t_0:t	t_0:t
Мущ.	1:0,17	1:2,1	1:14:5
Женщ.	1:0,13	1:2,2	1:14,2
Оба пола	1:0,15	1:2,1	1:14,4

Вообще же по всѣмъ періодамъ вмѣстѣ для мущинъ 1:1,4, а для женщинъ 1:0,8 (причина разницы у половъ указана выше). По наблюденіямъ Lebert'a на лихорадку не имѣютъ вліянія ни полъ ни возрастъ [1]).

г) **Отношеніе лихорадки къ исходамъ болѣзни.** Само собою понятно, что частота и сила лихорадки совмѣстно съ ея продолжительностью имѣютъ прямое вліяніе на тотъ или другой исходъ болѣзни. Отношеніе двухъ первыхъ видно изъ слѣдующей таблицы, касающейся всѣхъ періодовъ вмѣстѣ въ процентахъ и простыхъ числахъ:

Табл. 37.

	мущины				женщины				оба пола			
	t_0	t_0	t_2	t_0:t	t_0	t_0	t_2	t_0:t	t_0	t_1	t_2	t_0:t
Выздоров.	61,7	27,6	10,5	1:0,6	74,0	20,6	5,3	1:0,35	67,5	24,3	8,1	1:0,48
Улучш.	39,7	38,1	22,1	1:1,5	46,5	40,0	13,5	1:1,1	42,0	38,7	19,2	1:1,3
Ухудш.	28,2	30,4	41,3	1:2,5	21,7	30,4	47,8	1:3,6	26,0	30,4	43,4	1:2,8
Stat. quo	35,0	55,0	10,0	1:1,8	40,0	40,0	20,0	1:1,5	36,6	50,0	13,3	1:1,7
Исх. неизв.	36,5	32,5	30,8	1:1,7	53,6	27,5	18,8	1:0,8	42,7	30,7	26,5	1:1,3
Смерть	10,8	18,0	71,0	1:8,2	3,3	20,0	76,6	1:2,9	8,8	18,5	72,5	1:10,3
Итогъ:	40,2	31,4	28,2	1:1,4	53,5	27,9	18,5	1:0,8	45,3	30,1	24,6	1:1,2

Мы видимъ, что вообще лихорадка рѣже всего бываетъ при благопріятныхъ исходахъ и чаще всего въ случаяхъ, окончившихся смертью. Это понятно само собою, но нагляднѣе отпошеніе опредѣляется цифрами въ % и простыхъ числахъ. Значительная часть (8,8) умершихъ при отсутствіи лихорадки происходитъ отъ того что во время наблюденія повышеніе температуры не было констатировано и что больные умерли

[1]) Lebert op. c. s. 244.

позже періода наблюденія. Въ нѣкоторыхъ же рѣдкихъ случаяхъ наблюдается отсутствіе лихорадки до самой смерти напр. при глубокомъ маразмѣ и поносахъ.

д) **Отношеніе лихорадки къ кровохарканію.** Хотя онѣ мало имѣютъ генетической связи между собою, но я желаю представить здѣсь нѣкоторыя цифровыя соотношенія и комбинаціи. Прежде всего сопоставимъ частоту обоихъ припадковъ въ разныхъ періодахъ и въ % отношеніи на 100 больныхъ:

Табл. 38.

	Кр.	t.
I	32,1	13,0
II	64,5	68,3
III	64,4	93,4

Затѣмъ приведу отношеніе отсутствія лихорадки и кровохарканія къ тому или другому или къ обоимъ совмѣстно:

Табл. 39.

I	1	:	0,6
II	1	:	6
III	1	:	76

За единицу принято отсутствіе лихорадки и кровохарканія, во 2-мъ же столбцѣ присутствіе той или другого или обоихъ вмѣстѣ. Для обоихъ половъ отдѣльно тоже самое:

Табл. 40.

	I.	II.	III.
Мущины	1:0,8	1:4,1	1:50,6
Женщины	1:0,4	1:4,6	1:76,0

Теперь возьмемъ слѣдующія комбинаціи: 1-я рубрика—отсутствіе лихорадки и кровохарканія (t_0·Кр. о), 2-я—кровохарканіе при отсутствіи лихорадки (t_0 Кр.), 3-я—обратно (t. Кр. о.) и 4-я—существованіе обоихъ (t. Кр.)

Таб. 41.

		t_0 Kp_0	t_0 Kp	t Kp_0	t Kp
I	мущ.	52,8	32,2	7,4	7,4
	женщ.	70,4	17,4	4,3	7,6
	оба п.	61,9	24,6	5,8	7,5
II	мущ.	12,9	18,7	19,7	48,6
	женщ.	17,7	12,7	24,5	44,9
	оба п.	14,3	17	21,1	47,5
III	мущ.	1,9	4,5	33,5	60
	женщ.	—	6,5	35,5	57,8
	оба п.	1,3	5,1	34,1	59,3

Если эти отношенія лихорадки и кровохарканія сопоставить съ исходами болѣзни для обоихъ половъ и всѣхъ періодовъ, то получимъ:

Таб. 42.

	t_0 Kp_0	t_0 Kp	t Kp_0	t Kp
Выздоровленіе	48,4	19	10	22,5
Улучшеніе	25,3	16,6	19,2	38,7
Ухудшеніе	10,1	15,9	33,3	40,5
Status quo	10	26,6	30	33,3
Исх. неизв.	22,8	19,7	19,7	37,5
Смерть	3,5	5,3	28,3	62,8
Итогъ	28,3	17	18,7	36.

Какъ и слѣдовало ожидать a priori, исходъ получается наиболѣе благопріятный при отсутствіи обоихъ припадковъ, затѣмъ немного ухудшается съ прибавленіемъ одного кровохарканья, замѣтно становится хуже въ присутствіи лихорадки безъ кровохарканья и всего хуже при существованіи обоихъ припадковъ.

e) **Лихорадка при хронически протекающей чахоткѣ.** Для упомянутой выше сотни хрониковъ частота и сила лихорадки выражаются слѣдующими цифрами (въ °/о отношеніяхъ):

Таб. 43.

	мущины				женщины				оба пола			
	t_0	t	t_1	t_2	t_0	t	t_1	t_2	t_0	t	t_1	t_2
I	75	25	25	—	78,9	21	21	—	77,7	22,2	22,2	—
II	4	96	72	24	5,2	94,7	63,1	31,5	4,5	95,4	68,1	27,2
III	—	100	30	70	—	100	22,2	77,7	—	100	27,4	72,4
итогъ:	13,2	86,7	49	37,7	34	65,9	38,3	27,6	23	77	44	33.

Слѣдовательно, при хронической чахоткѣ лихорадка бываетъ въ гораздо большемъ числѣ случаевъ, потому что при продолжительномъ ходѣ болѣзни бываетъ болѣе поводовъ для обострѣнія процесса, но зато она тутъ не такъ продолжительна и меньше изнуряетъ больныхъ.

ж) **Отношеніе лихорадки ко климату и временамъ года.** Если больные пріѣзжаютъ на Югъ не въ послѣдней степени болѣзни и упадка силъ, то въ теплое время года, или при хорошей погодѣ зимою умѣренная лихорадка въ большей части случаевъ скоро проходитъ или уменьшается, благодаря пользованію мягкимъ теплымъ воздухомъ и появляющемуся улучшенію питанія. Этимъ объясняется наступающее иногда благотворное дѣйствіе какого либо жаро-понижающаго средства (хининъ и пр.), которое дома не дѣйствовало или мало вліяло на лихорадку. Если же лихорадочное состояніе по прежнему продолжается, не уступая въ силѣ, то больные переносятъ его на Югѣ лучше, чувствуютъ себя бодрѣе, вслѣдствіе укрѣпляющаго дѣйствія приморскаго воздуха и усиленія аппетита. Сами больные часто заявляютъ врачу объ этомъ, сообщая, что дома, при постоянномъ пребываніи въ комнатѣ, они чувствовали себя болѣе слабыми и склонными къ испаринѣ. При наступленіи частыхъ дождей въ концѣ осени и въ началѣ весны и при измѣнчивой погодѣ зимою, существующая лихорадка держится упорно, нерѣдко усиливается, или вновь появляется, если ее нѣкоторое время не было. Вслѣдствіе плотности, значительной влажности приморскаго воздуха, и его подвижности (тяги и вѣтры) поверхность кожи больныхъ при указанныхъ атмосферныхъ условіяхъ легко подвергается усиленному охлажденію, благопріятствующему лихорадочной реакціи. Этимъ объясняется тотъ несомнѣнный фактъ, что при одинаковой температурѣ (напр, +5° R) на Югѣ зябнутъ болѣе, чѣмъ на сѣверѣ. Вслѣдствіе этого слабые и зябкіе больные на воздухѣ легко подвергаются непріятному знобу, предшествующему лихорадочному приступу. и потому должны въ холодное время пользоваться воздухомъ осторожно, слѣдуя во

всемъ подробнымъ указаніямъ врача. Иногда такимъ больнымъ приходится по нѣсколько дней сразу оставаться въ комнатѣ. Впрочемъ и въ такое время часто возможно выпускать больныхъ на воздухъ если примѣниться къ индивидуальнымъ ихъ условіямъ, одеждѣ и защитѣ отъ вѣтра. О нѣкоторыхъ подробностяхъ, сюда относящихся, будетъ рѣчь ниже.

з) **Къ лѣченію лихорадки.** Сопутствующая чахоткѣ болѣе или менѣе упорная лихорадка, перѣдко часто возвращающаяся, представляетъ, самый непріятный симптомъ какъ для больнаго, такъ и для пользующаго врача. Ради борьбы съ нимъ наиболѣе принимается рецептовъ, наиболѣе принимается больными лекарствъ. Я позволю себѣ высказать нѣсколько словъ объ этомъ предметѣ. Выше мы видѣли, что: 1) чахотка, являясь болѣзнію по преимуществу хронической, не склонна давать очень высокихъ тимпературъ, по крайней мѣрѣ долгое время; 2),— при благопріятныхъ обстоятельствахъ, связанныхъ съ перемѣной климата и условій жизни, лихорадка помимо антечнаго леченія большею частію исчезаетъ или уменьшается, если болѣзнь не зашла слишкомъ далеко и если существуютъ еще въ организмѣ больнаго шансы на улучшеніе или пріостановку болѣзненнаго процесса. Бациллярная чахотка въ большей части случаевъ характеризуется періодически наступающими взрывами или ухудшеніями, которые вѣроятно совпадаютъ съ автоинфекціями, съ развитіемъ новыхъ генерацій микропоразита, съ распространеніемъ процесса на новые еще здоровые участки легочной ткани. Эти періодическія атаки, называемыя у больныхъ и врачей простудой, обострѣніями катарра или плевритами, и зависящія отъ неблагопріятныхъ внутреннихъ или внѣшнихъ вліяній (погода, напряженіе, волненіе и т. п.) представляютъ рядъ какъ-бы новыхъ острыхъ заболѣваній, напоминающихъ другія болѣзни остраго характера и теченія (насморкъ, бронхитъ и т. п.) и подобно послѣднимъ сопровождаются со стороны организма лихорадочной реакціей, которая сама по себѣ имѣетъ наклонность чрезъ извѣстное время проходить или уменьшаться. Большею частію дѣло такимъ образомъ и происходитъ, если самозараженіе, связанное съ новымъ размноженіемъ палочекъ, совершается изъ одного, двухъ небольшихъ очаговъ и если оно встрѣчаетъ достаточное противодѣйствіе, какъ мѣстное со стороны еще здоровой ткани, такъ и вообще со стороны условій организма. Появляющаяся въ подобныхъ случаяхъ не очень упорная и не очень продолжительная лихорадка не требуетъ внутренняго употребленія жаропонижающихъ средствъ. Достаточно, по возможности, поставить больного въ условія благопріятныя для борьбы, т. е. дать ему извѣстную степень физическаго и моральнаго покоя, побольше чистаго воздуха, соотвѣтственную пищу и т. п., а также примѣнить наружное леченіе (гидротеропевтическіе пріемы, мушки и пр.).

Воспалительно-инфекціонная лихорадка проходитъ или уменьшается, размноженіе паразитовъ прекращается или совершается гораздо медленнѣе, причемъ они впадаютъ въ пассивно-инертное состояніе относительнаго покоя впредь до новаго благопріятнаго повода, до новаго взрыва болѣзни. Иное дѣло при значительномъ распространеніи легочнаго процесса, или при слабомъ общемъ и мѣстномъ противодѣйствіи инфекціи во 2-мъ и 3-мъ періодахъ болѣзни; тутъ автоинфекція одновременно совершается изъ нѣсколькихъ пунктовъ и продолжается долго соотвѣтственно непрерывному размноженію паразитовъ, не встрѣчающему препятствій. Тутъ получается упорная лихорадка, съ которой сладить трудно. Спрашивается, какъ лечить такую лихорадку? Отвѣтъ ясенъ и простъ: устранить производящую причину, т. е. уничтожить бациллы—что невозможно—или ослабить ихъ культуры, что очень трудно, но иногда достижимо. Здѣсь опять менѣе всего ведутъ къ цѣли внутренніе химическіе реагенты. Какъ дѣйствуютъ наши жаропонижающія вещества? Повидимому очень дорогою цѣною: почти всѣ они, подобно каирину и хинину, уменьшаютъ оксидацію въ крови и тканяхъ, дѣйствуя на красные кровяные шарики; между тѣмъ едва-ли возможно сомнѣваться въ томъ, что чѣмъ болѣе озонированнаго кислорода поступаетъ въ кровь и ткани, тѣмъ успѣшнѣе должна быть борьба нашихъ клѣтокъ съ микробами, на которые озонъ дѣйствуетъ губительно, благодаря ничтожной ихъ поверхности [1]). Этимъ объясняется благопріятное вліяніе при чахоткѣ чистаго воздуха; благодаря этому въ теплое время года бациллярный процессъ стихаетъ. Если примемъ во вниманіе, что высокая температура иногда благопріятствуетъ борьбѣ съ микроорганизмами [2]), то невольно возникаетъ вопросъ, не дѣлаемъ ли мы часто медвѣжьей услуги, понижая температуру антипиретическими веществами и уменьшая совмѣстно съ этимъ окисленіе въ организмѣ? Если при острыхъ заразно-инфекціонныхъ болѣзняхъ, сопутствуемыхъ очень высокой температурой antipyretica, по мнѣнію нѣмецкихъ клиницистовъ (Strümpel, Liebermeister, Heubner), мало приносятъ пользы, причиняя иногда даже вредъ [3]), то умѣренная лихорадка, сопровождающая чахотку, тѣмъ болѣе не требуетъ энергическаго и настойчиваго примѣненія

---

[1]) Чаще всего жаропонижающія средства усердно примѣняются въ холодное время года, когда больные большею частью находятся въ комнатномъ воздухѣ, лишенномъ озона, и когда, слѣдовательно, и безъ того аксидація ограничена; — обстоятельство, надъ которымъ поневолѣ задумаешся. Кстати я наблюдалъ въ Ялтѣ необычайно благопріятное теченіе илео-тифа и скарлатины при постоянномъ лежаніи больныхъ на воздухѣ (кромѣ ночей).

[2]) И. Мечниковъ. Объ отношеніи фагоцитовъ къ бацилламъ Сибир. язвы. Р. Мед. 84. № 24 и 25.

[3]) Uber Antipyrese, refer. Tilhene und Liebermeister. Verhandl. des IV congres zu Wiesbaden 1885. s. 118.

аптечныхъ жаропонижающихъ. Что мы выигрываемъ, понизивши полнымъ зарядомъ антипирина или хинина температуру до нормальной? Чрезъ нѣсколько часовъ больной нашъ будетъ находится въ такомъ же положеніи и кромѣ того скажетъ намъ (если онъ развитъ и наблюдателенъ), что при повышенной температурѣ, до пріема лекарствъ, онъ чувствовалъ себя крѣпче и притомъ имѣлъ лучшій аппетитъ и вкусъ [1]).

Чаще всего приходится врачамъ прибѣгать къ antipyrética при упорной и продолжительной лихорадкѣ, бывающей въ холодное время года и зависящей отъ дальнѣйшаго активнаго распространенія процесса, или распаденія ткани. Тутъ обыкновенно переходятъ отъ одного жаропонижающаго вещества къ другому, третьему и т. д. и снова возвращаются къ первоначально назначенному средству. По истинѣ неблагодарная работа, уподобляющаяся Сизифовой и заслуживающая лучшей участи! Нерѣдко чѣмъ энергичнѣе и настойчивѣе назначаются antipyretica, тѣмъ хуже для больного: онъ испортитъ аппетитъ, пищевареніе, самочувствіе и получитъ облегченіе .... развѣ въ карманахъ. Испытавши безуспѣшно весь антипиретическій арсеналъ, пользующій врачъ, для облегченія своей совѣсти и успокоенія нетерпѣливаго больного или его родныхъ, наконецъ, рѣшается пригласить на консультацію своихъ товарищей. Тутъ обыкновенно вы найдете возлѣ больного баттарею склянокъ и кучу сигнатурокъ, такъ что членамъ почтенной коллегіи становится какъ-бы неловко смотрѣть другъ другу въ глаза, чтобы подобно римскимъ авгурамъ не разсмѣяться. Остается испробовать дать отдыхъ больному, оставить безъ лекарствъ, о чемъ нерѣдко онъ самъ проситъ. И странное дѣло! иногда вслѣдъ за этимъ онъ получаетъ какое либо облегченіе; хотя лихорадка большею частію остается въ томъ же состояніи, но самочувствіе и аппетитъ улучшаются. Да и не удивительно, потому что долгое пропитываніе крови и тканей посторонними для организма веществами, продолжительное воздѣйствіе на слизистую оболочку пищеварительныхъ путей и на химизмъ пищеваренія не можетъ не вліять дурно на аппетитъ и нервную систему. Я не считаю полезнымъ и умѣстнымъ такое методическое и упорное пичканіе лекарствами и въ этомъ отношеніи расхожусь съ моими сотоварищами въ Ялтѣ, которыхъ безъ сомнѣнія никто невправѣ обвинять за правильное l. artis фармацевтическое леченіе; они правы, потому что и другіе врачи дѣлаютъ

[1]) Считаю нужнымъ замѣтить, что по моимъ наблюденіямъ на Югѣ необходимо довольствоваться меньшими дозами антипиретическихъ средствъ, если желаютъ избѣгнуть непріятнаго побочнаго дѣйствія. Повидимому для русскаго человѣка вообще, пріемы лекарствъ должны быть меньше предлагаемыхъ иностранными врачами по причинамъ, о которыхъ я не могу здѣсь распространяться. Мнѣ приходилось наблюдать отъ 8 гранъ антипирина проливной потъ и упадокъ силъ. Опытъ давно научилъ меня быть противникомъ отравляющихъ иностранныхъ дозъ.

тоже; я считаю себя также правымъ, поступая по убѣжденію, основанному на личныхъ наблюденіяхъ. Опытъ убѣдилъ меня, что лекарства, могущія благотворно вліять на бациллярный процессъ и связанную съ нимъ лихорадку, находятся не въ аптекахъ, а вблизи самыхъ больныхъ, въ окружающихъ ихъ условіяхъ и вліяніяхъ; по крайней мѣрѣ на Югѣ, гдѣ имѣются въ распоряженіи умѣренный мягкій воздухъ и другіе вспомогательные агенты, возможно и слѣдуетъ обходиться безъ аптечныхъ средствъ, прибѣгая къ нимъ лишь въ видѣ исключенія, а не правила. Достаточно взглянуть на тѣ связки рецептовъ, съ которыми пріѣзжаютъ больные на Югъ, чтобы согласиться со мною.

Такимъ образомъ, при леченіи бациллярной лихорадки 1)—необходимо въ широкихъ размѣрахъ и во всякое время года пользоваться воздухомъ, при соблюденіи всѣхъ тѣхъ мѣръ и предосторожностей, которыя будутъ указаны для каждаго больнаго мѣстнымъ пользующимъ врачемъ и которыя формулировать невозможно. Къ сожалѣнію большая часть квартиръ въ Ялтѣ не обладаетъ необходимыми для зимняго времени приспособленіями.

№ XXIX. Ист. болѣзни. Истощенная и безнадежная больная С. съ кавернами въ легкихъ и постоянною лихорадкою (38,5—39,5°С), находясь по цѣлымъ днямъ на воздухѣ въ будкѣ, чувствовала себя хорошо, имѣла хорошій аппетитъ, не теряя даже вѣса и мало подвергалась испаринѣ, между тѣмъ какъ при употребленіи хинина, антипарина аппетитъ уменьшался, появлялась испарина и больная начинала терять въ вѣсѣ [1]. Наиболѣе плодотворный результатъ въ отношеніи вліянія на лихорадку я наблюдалъ при непрерывномъ пользованіи воздухомъ и совмѣстномъ употребленіи рыбьяго жира [2]). Если Dettweiler находитъ возможнымъ примѣнять у чахоточныхъ непрерывное воздушное леченіе въ Фалькенштейнѣ, гдѣ климатъ, по его же сознанію, незавидный, и гдѣ тѣмъ не менѣе онъ наблюдалъ улучшеніе обмѣна веществъ, самочувствія и благопріятное теченіе лихорадки, то тѣмъ болѣе умѣстно прибѣгать къ нему на Южномъ берегу Крыма, воздухъ котораго отличается мягкостью [3]). Необходимо только позаботиться о соотвѣтствующихъ зимнихъ приспособленіяхъ, на которыя рѣдко обращаютъ вниманіе домо-

---

[1]) Сравнительныя наблюденія надъ этою больною сдѣланы сряду при вполнѣ сходныхъ условіяхъ и на каждое изъ нихъ приходилось 5—7 дней, при употребленіи хинина или антипирина больная оставалась въ комнатѣ при той же діетѣ и т. п. Въ подобныхъ случаяхъ надо имѣть въ виду не колебанія температуры, а окончательный результатъ въ видѣ прибыли или убыли вѣса.

[2]) Недавно изъ бесѣды съ проф. Ф. Ф. Мерингомъ я узналъ, что въ его клиникѣ нерѣдко рыбій жиръ примѣняется съ антипиретическою цѣлью.

[3]) Леченіе чахотки въ закрытыхъ заведеніяхъ и лечеб. станціяхъ. Межд. Клин. 85 г. № 5.

владѣльцы въ Ялтѣ (закрытые съ 2-хъ или 3-хъ сторонъ стеклами балконы и пр.).

2) Даже въ такой опредѣленной и типической болѣзни, какъ чахотка, многіе болѣютъ и лихорадятъ посвоему, въ чемъ либо отличаясь отъ другихъ больныхъ. Поэтому каждый больной является для врача задачею, подлежащею разрѣшенію, для чего требуется терпѣливо изучать его въ прошедшемъ и настоящемъ, взвѣшивать особенности случая и такимъ путемъ изъ собранныхъ извѣстныхъ опредѣлять неизвѣстную. Рядомъ съ такимъ внутреннимъ изученіемъ должно идти, такъ сказать, наружное, относящееся къ окружающимъ внѣшнимъ условіямъ и вліяніямъ,—каковы: особенности мѣстоположенія и квартиръ, діэта, обыденное время—препровожденіе, одежда, впечатлѣнія и т. п. Кто желаетъ порадовать себя и больного успѣхомъ при леченіи такой неблагодарной и упорной болѣзни, какъ развитая бациллярная чахотка, тотъ не долженъ пренебрегать никакими мелочами: противъ болѣзни, производимой ничтожнымъ по величинѣ паразитомъ, иногда сверхъ чаянія оказываются полезными и мелочныя мѣры. Для лихорадящихъ больныхъ, большею частью находящихся въ постели, въ особенности важно частое провѣтриваніе всѣхъ близь лежащихъ предметовъ и вещей; лихорадка уменьшается иногда вслѣдъ за тщательнымъ провѣтриваніемъ на солнцѣ тюфяка и подушекъ, загразненнаго и провонявшаго ночнаго столика, удаленіемъ ширмъ и занавѣсей и т. п. Не мѣшаетъ также заглядывать подъ кровать и подушки, гдѣ нерѣдко найдутся какіе либо предметы, портящіе воздухъ. Трудно перечислить всѣ мелочи, но считаться съ ними необходимо. Поступая такимъ образомъ вмѣсто усерднаго прописыванія веществъ, оканчивающихся на *инъ*, всякій будетъ пріятно пораженъ результатомъ и иногда, дѣйствительно, помѣшаетъ, хотя временно, бацилламъ докончить свою жертву. Если же при такомъ тщательномъ санитарно-полицейскомъ леченіи не удается достигнуть успѣха, уничтожить или ослабить непрерывную лихорадку, связанную въ такомъ случаѣ съ быстрымъ разрушеніемъ легочной ткани, то тѣмъ болѣе останется безплоднымъ усердное назначеніе аптечныхъ средствъ; тогда лучше пощадить больного и не отравлять недолгихъ дней его жизни микстурами и разными новомодными веществами.

Все это не ново, справедливо скажетъ читающій. Соглашаюсь и позволю себѣ прибавить, что есть старыя истины, о которыхъ надо помнить ежедневно и ежечасно. Послѣ новѣйшихъ бактеріологическихъ изслѣдованій, касающихся этіологіи болѣзней, эта старая истина, однако, сдѣлалась чуть ли не новою, потому что получила новый смыслъ и освѣщеніе, благодаря чему усилія и труды въ этомъ направленіи въ близкомъ будущемъ обѣщаютъ много и дадутъ результаты намъ лучшіе,

сравнительно съ тѣми незавидными, которые мы получаемъ въ настоящее время.

Такимъ долженъ быть, по моему убѣжденію, лечебный modus agendi, по крайней мѣрѣ на Югѣ, въ климатической станціи. На сѣверѣ безъ сомнѣнія примѣнять его затруднительно по причинѣ отсутствія самаго важнаго лечебнаго агента—мягкаго воздуха, хотя и тамъ, пользуясь разумнымъ и находчивымъ измѣненіемъ окружающихъ больного условій, также много можно сдѣлать хорошаго, помимо назначенія лекарствъ. Послѣднія только потому часто прописываются, что такъ принято и что отъ больного легче всего отдѣлаться рецептомъ.

VIII. РОСТЪ И СПИРОМЕТРІЯ.

Разсмотримъ а) **отношеніе роста къ заболѣванію**, сначала на каждые 5 сант., а потомъ на каждые 10 с.:

Табл. 44.

Ростъ въ сант.	въ % мущ.	въ % женщ.
140—145	—	1,7
145—150	0,5	6,0
150—155	0,5	24,2
155—160	7,6	39,1
160—165	17,1	20,5
165—170	28,0	7,4
170—175	30,0	0,5
175—180	12,7	—
180—185	2,2	—
185—190	0,6	—
190—195	0,3	—
195—200	0,16	—

Для 10-ти сантиметровъ роста получимъ:

Табл. 45.

Ростъ въ сант.	въ °/₀ мущ.	женщ.	
145—155	1,0	30,2	низкій ростъ
155—165	24,7	59,9	малый
165—175	58,0	8,0	средній
175—185	14,9	—	большой
185—195	1,0	—	высокій

Слѣдовательно, если измѣрять ростъ мущинъ и женщинъ одинаковою мѣркою, то оказывается, что наибольшее число заболѣваній мущинъ падаетъ на средній и большой росты, женщины же чаще всего заболѣваютъ при низкомъ и маломъ ростахъ. Но такъ какъ женщины вообще меньше ростомъ, чѣмъ мужчины, и притомъ, судя по нашимъ даннымъ, вѣроятно въ среднемъ выводѣ на 10 с. [1]), то подобное сравненіе ростовъ было бы невѣрнымъ. Принимая же, что женщины вообще ниже мущинъ на 10 с., получимъ наибольшую частоту заболѣванія для обоихъ половъ при среднемъ ростѣ. Это повидимому объясняется тѣмъ, что средній ростъ вообще является у людей преобладающимъ. При сравненіи роста молодыхъ матросовъ [2]) съ моими данными такое предположеніе, однако, не подтверждается для мущинъ; именно: молодыхъ матросовъ малаго роста (155—165 с.) оказывается 57,1°/₀, (нашихъ больныхъ 24,7°/₀), средняго роста (165—175 с.) 38,4°/₀ (нашихъ больныхъ 58°/₀). Изъ этого съ нѣкоторою вѣроятностью можно заключить, что мущины средняго роста наиболѣе склонны къ заболѣванію чахоткою. Съ другой стороны эта разница можетъ быть объясняется тѣмъ, что на службу во флотъ чаще попадаютъ малорослые.

а) **Отношеніе роста къ вѣсу тѣла.** Просматривая интересныя измѣренія у молодыхъ матросовъ, произведенныя д-ромъ Керберомъ, я обратилъ вниманіе на тотъ фактъ, что при ростахъ 158—171 с. на каждый сантиметръ въ среднемъ прибавляется 2 ф. вѣсу. Это побудило меня сдѣлать статистическое сопоставленіе роста съ средн. вѣсомъ больныхъ, съ цѣлію рѣшенія вопроса, не получится ли подобной правильности при чахоткѣ. Это оправдалось въ общемъ, именно у мущинъ въ предѣлахъ 155—190 с. приходится на каждый сантиметръ 1,9 ф., отъ 155—175 с.—1,6 ф.;

---

[1]) Мнѣ неизвѣстно, существуютъ ли цифровыя данныя, касающіяся отношенія между ростомъ русскихъ мущинъ и женщинъ.

[2]) О физич. изслѣд. молод. матросовъ. 1870. Спб.

у женщинъ въ предѣлахъ 150—165 с. (уменьшая соотвѣтственно ростъ ихъ)—1,5 ф..

При сопоставленіи средняго роста съ средними цифрами полученной вѣсовой прибыли, получилась значительная неправильность и потому не считаю возможнымъ приводить здѣсь цифровыя данныя.

в) **Отношеніе роста къ емкости легкихъ** (спирометрія). При обработкѣ данныхъ я взялъ для сравненія патологической емкости съ физіологическую таблицу Арнольда, какъ наиболѣе подходящую для средняго роста, ибо послѣдній, какъ мы видѣли, значительно преобладаетъ. Изчисленія сдѣланы сначала на каждые 5 с. роста, а потомъ на каждые 10 с., причемъ для женщинъ, по указанной ниже причинѣ, взята высшая норма физіологической емкости по Арнольду, именно не $^2/_3$, а $^3/_4$ мужской (ниже мы увидимъ, что и эта цифра недостаточна).

Укажу главнѣйшіе выводы, вытекающіе изъ этихъ таблицъ:

1-й выводъ. Разсматривая ихъ по ростамъ и періодамъ, замѣчаемъ почти вездѣ *значительную правильность* и постепенность, пропорціональныя числу случаевъ (среднія тѣмъ правильнѣе, чѣмъ больше число случаевъ). Изъ этого нужно заключить, что спиром. изслѣдованіе, не всегда имѣющее діагностическую цѣнность при однократномъ примѣненіи у больного, вообще заслуживаетъ большаго вниманія въ практикѣ при распознаваніи и леченіи чахотки; оно въ особенности имѣетъ значеніе при наблюденіи за ходомъ и леченіемъ болѣзни, когда одновременно контролируется данными аускультаціи и перкуссіи, взвѣшиванія, пневмометра и т. п. Я рѣдко встрѣчалъ въ своей практикѣ нормальную емкость даже у больныхъ, находившихся въ 1 періодѣ болѣзни, и такое исключеніе почти всегда объяснялось отношеніемъ роста къ окружности грудной клѣтки, вслѣдствіи чего въ здоровомъ состояніи эти лица имѣли высшую противъ средней физіологической нормы емкость. Не находя возможнымъ входить въ дальнѣйшее разсмотрѣніе важности спирометрическаго изслѣдованія, я могу лишь, совмѣстно съ Вальденбургомъ и другими авторами, выразить сожалѣніе, что спирометръ такъ рѣдко примѣняется въ практикѣ врачей.

2-й выводъ. У чахоточныхъ мущинъ емкость легкихъ вообще ниже средней физіологической нормы на 31,1% [1]), и въ частности въ 1 періодѣ меньше на 12,5%, во II—на 34,3% и въ III—на 47,6%. У женщинъ она тоже въ общемъ ниже на 20,1%, въ I періодѣ на 7.4%, во II—на

[1]) Рѣчь идетъ о дѣйствительныхъ процентахъ; среднія же числа приведены въ итогѣ таблицы 47-ой.

Таблица 46.

			I ПЕРIОДЪ.				II ПЕРIОДЪ.				III ПЕРIОДЪ.				ВСѢ ПЕРIОДЫ.			
					ДЕФИЦИТЪ.				ДЕФИЦИТЪ.				ДЕФИЦИТЪ.				ДЕФИЦИТЪ.	
		НОРМ. ЕМКОСТЬ НА 5 С.	СРЕДН. ПАТОЛ. ЕМКОСТЬ.	ЧИСЛ. СЛУЧ.	ВЪ КУБ. С.	ВЪ %.	СРЕДН. ПАТОЛ. ЕМКОСТЬ.	ЧИСЛ. СЛУЧ.	КУБ. С.	ВЪ %.	СРЕДН. ПАТОЛ. ЕМКОСТЬ.	ЧИСЛ. СЛУЧ.	КУБ С.	ВЪ %.	СРЕДН. ПАТОЛ. ЕМКОСТЬ.	ЧИСЛ. СЛУЧ.	КУБ. С.	ВЪ %.
ДЛЯ МУЖЧИНЪ.	145—150 с.	2310	—	—	—	—	1650	2	660	28,5	1600	1	710	30,7	1630	3	680	29,4
	150—155 „	2610	2500	1	110	4,2	—	—	—	—	1375	2	1235	47,3	1750	3	860	32,5
	155—160 „	2910	2925	14	+15	+0,5	2075	18	385	28,6	1575	13	1335	45,8	2200	45	710	24,3
	160—165 „	3210	2975	25	235	7,3	2250	47	960	29,9	1750	29	1460	41,5	2300	101	910	28,3
	165—170 „	3510	3250	49	260	7,4	2525	79	985	28,0	2100	37	1410	43,0	2650	165	860	24,5
	170—175 „	3810	3425	47	385	10,1	2575	88	1235	32,4	2100	42	1710	44,8	2675	177	1135	29,7
	175—180 „	4110	3725	27	385	9,3	2750	34	1360	33,0	2275	14	1835	44,6	3000	75	1110	27,0
	180—185 „	4410	3850	6	560	12,7	3225	4	1185	26,8	2600	3	1810	41,0	3375	13	1035	23,4
	185—190 „	4710	4100	2	610	12,7	2700	2	2010	42,6	—	—	—	—	3480	4	1230	26,1
	190 195 „	5010	3850	1	1160	23,1	3800	1	1210	24,1	—	—	—	—	3850	2	1160	23,1
	195—200 „	5310	3300	1	2010	37,6	—	—	—	—	—	—	—	—	3300	1	2010	37,6
	ИТОГЪ	3810	3330	173	480	12,5	2500	275	1310	34,3	2000	141	1810	47,6	2625	589	1185	31,1
ДЛЯ ЖЕНЩИНЪ.	140—145 с.	2025	2000	2	25	1,2	1570	3	455	22.4	1400	1	625	30,8	1685	6	340	16,8
	145—150 „	2250	2115	13	135	6,0	1690	6	560	24,8	1550	2	700	31,1	1940	21	310	13,3
	150—155 „	2475	2330	45	145	5,8	1790	26	685	27,6	1350	13	1125	45,4	2010	84	465	18,7
	155—160 „	2700	2480	75	220	8,1	1850	41	850	31,4	1470	20	1230	45,5	2140	136	560	20,7
	160—165 „	2925	2525	36	400	13,6	2070	20	855	29.2	1450	16	1475	50,4	2195	72	730	24,9
	165—170 „	3150	2565	12	585	18,5	2060	10	1090	34,6	1425	4	1725	54,7	2200	26	950	30,1
	170—172 „	3330	—	—	—	—	—	—	—	—	2150	2	1180	35,4	2150	2	1150	34,8
	ИТОГЪ	2635	2440	183	195	7,4	1880	106	755	28,2	1450	58	1185	44,9	2105	347	530	20,1

Для большей наглядности нѣкоторыхъ отношеній приведемъ ту же таблицу для 10-ти сантим. роста:

Таблица 47.

		I ПЕРІОДЪ.					II ПЕРІОДЪ.				III ПЕРІОДЪ.				ВСѢ ПЕРІОДЫ.			
		Сред. норм. емкость.	Средн. патол. емкость.	Числ. случ.	Дефицитъ. Въ куб. с.	Дефицитъ. Въ %.	Средн. патол. емкость.	Числ. случ.	Дефицитъ. Куб. с.	Дефицитъ. Въ %.	Средн. патол. емкость.	Числ. случ.	Дефицитъ. Куб. с.	Дефицитъ. Въ %.	Средн. патол. емкость.	Числ. случ.	Дефицитъ. Куб. с.	Дефицитъ. Въ %.
Мужчины.	145—155 с.	2460	2500	1	+40	+1,6	1650	2	810	34,5	1450	3	1010	42	1690	6	770	31,3
	155—165 „	3060	2950	39	110	3,5	2200	65	860	28,1	1700	42	1360	44,4	2260	146	800	26,1
	165—175 „	3660	3325	96	335	9,1	2550	167	1110	30,3	2100	79	1560	42,6	2775	342	885	24,1
	175—185 „	4260	3750	33	510	11,9	2800	38	1460	34,2	2325	17	1935	45,4	3050	88	1210	28,4
	185—195 „	4860	4025	3	835	17,1	3070	3	1790	36,8	—	—	—	—	3550	6	1310	26,7
						(8,0)				(32,7)								(27,3)
Женщины.	145—155 с.	2360	1280	58	80	3,4	1770	32	590	25	1375	15	975	41,3	1995	105	365	15,4
	155—165 „	2310	2515	110	295	10,4	1920	61	890	31,6	1460	36	1350	48	2160	208	650	23,1
	165—175 „	3195	2565	12	630	19,7	2060	10	1135	35,5	1670	6	1525	47,8	2195	28	1000	31,2
						(11,1)				(30,7)				(44,2)				(23,2)

28,2$^0/_0$ и въ III—на 44,9°/о. Такимъ образомъ, у женщинъ всѣхъ періодовъ болѣзни и ростовъ дефицитъ спиром. емкости получается меньшій, чѣмъ у мущинъ (въ конечномъ выводѣ на 11$^0/_0$), не смотря на то, что мы взяли для нихъ высшую физіологическую норму Арнольда ($^3/_4$ мужской). Изъ этого слѣдуетъ заключить, что у русскихъ женщинъ емкость легкихъ больше, чѣмъ у иностранныхъ,—выводъ интересный и утѣшительный. Не этимъ ли между прочимъ объясняется энергія русской женщины въ стремленіи къ просвѣщенію и разнымъ родамъ дѣятельности?

3-й выводъ. Для малыхъ ростовъ дефицитъ емкости почти вездѣ получается незначительный, для большихъ же—наивысшій. Это вполнѣ подтверждаетъ извѣстный недостатокъ спиром. таблицы Арнольда, именно, что для малаго роста она недостаточна, для большого среднія цифры ея слишкомъ велики.

Если за норму для сравненія взять первый періодъ болѣзни и сопоставить съ нимъ спиром. данныя второго и третьяго періодовъ, то получимъ слѣдующія отношенія:

Таблица 48.

Ростъ въ сант.	МУЩИНЫ.					ЖЕНЩИНЫ.				
	Средн. патол. 1 пер.	II ПЕРІОДЪ. дефицитъ		III ПЕРІОДЪ. дефицитъ		Средн. патол. 1 пер.	II ПЕРІОДЪ. дефицитъ		III ПЕРІОДЪ. дефицитъ	
		въ куб. с.	въ °/о	въ куб. с.	въ °/о		въ куб. с.	въ °/о	въ куб. с.	въ °/о
140—145	—	—	—	—	—	2000	430	30,0	600	30,0
145—150	—	—	—	—	—	2115	425	20,0	565	26,7
150—155	2500	—	—	1225	45,0	2330	540	23,1	980	42,0
155—160	2925	850	29,0	1350	46,1	2480	630	25,4	1010	40,7
160—165	2975	725	24,3	1225	41,1	2525	455	18,0	1075	42,5
165—170	3250	725	22,3	1150	35,3	2565	505	19,6	1140	44,4
170—175	3425	850	25,1	1325	38,6	—	—	—	—	—
175—180	3725	975	26,1	1450	38,9	—	—	—	—	—
180—185	3850	625	16,2	1250	32,4	—	—	—	—	—
185—190	4100	1050	25,6	—	—	—	—	—	—	—
190—195	3850	50	1,3	—	—	—	—	—	—	—
195—200.	3300	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	3330	830	24,9	1330	39,9	2440	560	22,9	990	40,5

Слѣдов. 2-й и 3-й періоды, по сравненію съ первымъ, имѣютъ дефицитъ у мущинъ во II 24,9°/₀ и въ III—39,9°/₀; у женщинъ въ II—22,9°/₀ и въ III—40,5°/₀.

Въ виду интереса, представляемаго спиром. данными, я нахожу небезполезнымъ привести здѣсь въ видѣ приложенія *патологическія среднія легочной емкости, а также среднія тахітит'а и тіпітит'а для каждаго сантиметра роста*, сопоставляя ихъ съ нормальной таблицей Арнольда (для мущ. на 1 с. роста 60 куб. с., а для женщины 45 к. с., т. е. ³/₄ мужской). Эти цифровыя данныя дадутъ понятіе о томъ матеріалѣ, которымъ я пользовался при составленіи вышеприведенныхъ таблицъ, расчитанныхъ на каждые 5 и 10 сант. роста, а также о размѣрахъ колебаній и отношеній легочной емкости у половъ. Кстати замѣчу, что при измѣреніи роста я *почти* всегда вычиталъ высоту каблуковъ (хотя и невполнѣ точно).

Таблица 49.

Ж Е Н Щ И Н Ы.

Норм. емкость на 1 с.	I ПЕРІОДЪ.				II ПЕРІОДЪ.				III ПЕРІОДЪ.				ВСѢ III ПЕРІОДА.			
	Число случ.	Средн.	maxim.	minim.	Число случ.	Средн.	maxim.	minim.	Число случ.	Средн.	maxim.	minim.	Число случ.	Средн.	maxim.	minim.
1800	—	—	—	—	1	1900	—	—	—	—	—	—	1	1900	—	—
1890	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1935	1	1900	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1900	—	—
1980	1	2100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2100	—	—
2025	—	—	—	—	2	1400	1450	1350	—	—	—	—	2	1400	1450	135
2070	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1400	—	—	1	1400	—	—
2115	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2160	1	2500	—	—	1	1850	—	—	—	—	—	—	2	2175	(2500)	(185
2205	—	—	—	—	1	1900	—	—	—	—	—	—	1	1900	—	—
2250	2	2000	2500	1500	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2000	2500	150
2295	1	2100	—	—	—	—	—	—	1	1600	—	—	2	1850	(2100	1600
2340	9	2100	2500	1200	4	1600	1700	1500	1	1500	—	—	14	1914	2100	135
2385	1	2200	—	—	2	1875	2350	1400	—	—	—	—	3	1983	2350	140
2430	15	2226	2800	1500	2	1650	2000	1300	1	1400	—	—	18	2116	2009	140
2475	4	2300	2500	2100	4	1975	2200	1800	4	1500	1800	1050	12	1925	2160	165
2520	4	2525	2700	2400	4	1475	2000	1200	1	600	—	—	9	1844	2350	180
2565	21	2376	3000	2000	14	1832	2500	700	7	1357	1700	800	42	2025	2400	116
2610	11	2322	2800	1700	4	1650	2000	1400	1	1050	—	—	16	2075	2400	155
2655	12	2275	3000	1200	8	1612	2100	1100	7	1342	1900	1000	27	1837	2333	110
2700	4	2450	2800	2000	7	1750	2600	1200	3	1600	1800	1300	14	1928	2400	150
2745	4	2500	2900	2100	2	1550	2200	900	1	1600		—	7	2100	2550	150
2790	44	2552	3100	1500	20	2050	3100	1000	8	1562	1900	1000	72	2316	2700	116
2835	4	2625	3000	2300	3	1800	2100	1500	1	1600	—	—	8	2187	2550	190
2880	13	2557	3100	2000	7	2028	2700	1500	6	1550	1900	1200	26	2182	2566	156
2925	4	2637	3000	2250	6	2166	2800	1700	2	1370	1700	1050	12	2191	2500	166
2970	2	3025	3250	2800	2	2200	2300	2100	2	950	1100	800	6	2058	2216	190
3015	13	2538	3300	1200	2	2200	2400	2000	5	1520	2000	1000	20	2250	2566	140
3060	2	1900	2200	1600	2	1950	2000	1900	1	1900	—	—	5	1920	2100	17
3105	7	2685	3000	2200	4	1850	2100	1600	1	1200	—	—	12	2285	2550	190
3150	1	2500	—	—	1	2000	—	—	1	1000	—	—	3	1833	2500	100
3295	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3240	2	2850	3200	2500	3	2433	2600	2300	1	1600	—	—	6	2433	2900	24
3285	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2300	—	—	1	2300	—	—
3330	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2000	—	—	1	2000	—	—
—	183	2440	—	—	106	1785	—	—	58	1455	—	—	347	2105	—	—

Таблица 49.

МУЩИНЫ.

Ростъ въ сант.	Норм. емкость на 1 с.	I ПЕРІОДЪ. Число случ.	Средн.	maxim.	minim.	II ПЕРІОДЪ. Число случ.	Средн.	maxim.	minim.	III ПЕРІОДЪ. Число случ.	Средн.	maxim.	minim.	ВСѢ III ПЕРІОДА. Число случ.	Средн.	maxim.	minim.
138	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
140	1800	—	—	—	—	1	1500	—	—	—	—	—	—	1	1500	—	—
141	1860	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
142	1920	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
143	1980	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
144	2040	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
145	2100	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1600	—	—	1	1600	—	—
146	2160	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
147	2220	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
148	2280	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—
149	2340	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
150	2400	—	—	—	—	1	1800	—	—	—	—	—	—	1	1800	—	—
151	2460	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
152	2520	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1200	—	—	1	1200	—	—
153	2580	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1500	—	—	1	1550	—	—
154	2640	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
155	2700	1	2500	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2500	—	—
156	2760	1	2700	—	—	—	—	—	—	1	1700	—	—	2	2200	2700	1700
157	2820	—	—	—	—	2	1700	1900	1500	3	1583	2000	1450	5	1630	1950	1475
158	2880	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1666	1900	1500	3	1666	1900	1500
159	2940	1	2300	—	—	2	2150	2950	1350	—	—	—	—	3	2200	2950	1300
160	3000	12	3000	3700	2400	14	2121	3100	1300	6	1533	2600	1100	32	2340	3133	1600
161	3060	—	—	—	—	4	2337	2600	2100	2	1850	2200	1700	6	2175	2400	1900
162	3120	7	2942	3300	2200	9	2377	3150	1400	5	1380	1700	1200	21	2329	2716	1600
163	3180	4	3337	3500	3200	11	2125	3100	1300	4	2025	2600	1500	19	2360	3066	2000
164	3240	3	2866	3000	2800	5	2550	2700	2200	5	1980	2550	1600	13	2403	2750	2200
165	3300	11	2900	3800	2100	18	2155	3000	1500	13	1719	2500	1100	42	2213	3100	1566
166	3360	4	3275	3600	2900	8	2312	2900	1800	5	1750	2200	1500	17	2373	2900	2066
167	3420	13	2996	3800	2300	16	2509	3350	1450	14	1889	3000	800	43	2454	3333	1516
168	3480	6	2983	4500	1600	13	2661	3600	1800	2	2200	2900	1500	21	2709	2666	1633
169	3540	4	3525	3800	3000	8	2767	3400	2000	2	1575	1800	1350	14	2796	3000	2116
170	3600	22	3384	4150	2500	34	2500	3500	1150	14	2514	2700	1500	70	2780	3450	1716
171	3660	10	3510	4900	2500	20	2515	3550	1900	4	2425	2900	1900	34	2797	3783	2100
172	3720	13	3384	3800	2400	22	2632	3200	1200	18	1894	2500	1400	53	2573	3166	1666
173	3780	6	3233	4160	2900	17	2591	3500	2000	7	2285	3100	1500	30	2648	3586	2133
174	3840	3	3200	3700	2400	3	2466	2900	2000	3	2166	2350	1900	9	2611	2983	2100
175	3900	15	3500	4200	2500	26	2578	3200	1500	10	2135	3100	1250	51	2762	3500	1750
176	3960	7	3442	4000	2500	5	2290	3100	1300	3	2366	3200	1300	15	2843	3433	1700
177	4020	6	3900	4700	3100	10	2725	3850	1800	4	2400	2900	1900	20	3032	3816	2266
178	4080	4	3725	4400	3000	6	3100	3900	2400	—	—	—	—	10	3350	4150	2700
179	4140	—	—	—	—	2	3800	4100	3500	3	2266	2900	1800	5	2880	3500	2650
180	4200	10	3770	4300	3200	11	2577	3700	2150	4	2100	2300	1900	25	2978	3433	2416
182	4320	4	3325	4100	2100	1	2900	—	—	1	1700	—	—	6	2986	4100	2100
183	4380	1	5900	—	—	1	4400	—	—	1	2900	—	—	3	4400	(5900)	(2900)
184	4440	1	3900	—	—	1	2250	—	—	—	—	—	—	2	3075	(3900)	(2250)
185	4500	—	—	—	—	1	3300	—	—	1	3200	—	—	2	3250	(3300)	(3200)
187	4620	—	—	—	—	2	2700	2900	2500	—	—	—	—	2	2700	2900	—
188	4680	1	3700	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3700	—	—
190	4800	1	4500	—	—	1	3800	—	—	—	—	—	—	2	4150	—	—
195	5100	1	3850	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3850	—	—
200	5400	1	3300	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3300	—	—
—	—	173	3350	—	—	275	2510	—	—	141	1990	—	—	589	2625	—	—

Приведемъ также таблицы среднихъ максимальныхъ и минимальныхъ емкостей по 5-ти и 10-ти сантим. ростамъ (среднія патологическія емкости для этихъ ростовъ приведены выше табл. 46 и 47); тутъ также въ общемъ замѣчается правильность и постепенность [1]).

Таблица 50.

	МУЩИНЫ.								ЖЕНЩИНЫ.							
	I ПЕР.		II ПЕР.		III ПЕР.		ИТОГЪ.		I ПЕР.		II ПЕР.		III ПЕР.		ИТОГЪ.	
	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.
138—140	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
140—145	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1450	1350
145—150	—	—	—	—	—	—	—	—	2500	1350	1700	1500	—	—	2233	1400
150—155	—	—	—	—	—	—	—	—	2750	2000	2210	1280	1750	925	2322	1477
155—160	3700	2400	2650	1383	2166	1350	2585	1514	2920	2700	2400	1120	1866	1100	2477	1338
160—165	3400	2575	2910	1700	2310	1420	2835	1842	3120	2110	2460	1760	1675	1012	2475	1244
165—170	3970	2460	3550	1630	2520	1330	3280	1810	2800	2100	2233	1933	—	—	2516	2016
170—175	4152	2540	3270	1720	2790	1590	3233	1950	—	—	—	—	—	—	—	—
175—180	4350	2950	3730	2230	2825	1725	3642	2296	—	—	—	—	—	—	—	—
180—185	4100	2100	—	—	—	—	4300	2537	—	—	—	—	—	—	—	—
185—190	—	—	2900	2500	—	—	2900	2500	—	—	—	—	—	—	—	—
—	3970	2575	3227	1795	2538	1484	3233	1927	2876	1897	2302	1479	1755	1022	2429	1560

Таблица 51.

	МУЩИНЫ.								ЖЕНЩИНЫ.							
	I ПЕР.		II ПЕР.		III ПЕР.		ИТОГЪ.		I ПЕР.		II ПЕР.		III ПЕР.		ИТОГЪ.	
	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.	maxim.	minim.
138—145	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1450	1350	—	—	1450	1350
145—155	—	—	—	—	—	—	—	—	2666	1783	2125	1316	1750	925	2363	1460
155—165	3460	2540	2812	1581	2250	1393	2752	1733	3025	1905	2430	1440	1757	1378	2475	1511
165—175	4061	2490	3310	1680	2655	1460	3356	1880	2800	2100	2233	1933	—	—	2516	2016
175—185	4300	2780	3730	2230	2825	1725	3797	2353	—	—	—	—	—	—	—	—
185—195	—	—	2900	2500	—	—	2900	2500	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Основываясь на таблицѣ 49-й, можно сказать, что предѣлы, между которыми колеблется отношеніе женской легочной емкости къ мужской, суть 85% и 95%, что въ среднемъ даетъ 90% (сравнивая емкости, соотвѣтствующія одинаковому росту). Если же брать всѣ приведенныя наблюденія, не придерживаясь соотвѣтствія въ ростѣ, то получится 78,7%. Понятно, что первая цифра (90%) будетъ ближе къ истинѣ, ибо отношеніе тѣмъ благопріятнѣе для женщинъ, чѣмъ ихъ больше сравнительно съ мущинами при одномъ ростѣ. Поэтому въ предѣлахъ роста отъ 150—170 с. на каждые 5 с. у мущинъ будетъ 300 куб. с. емкости, у женщинъ 270 к. с. (90%). Этими цифрами и слѣдуетъ руководиться при содѣйствіи спиром. таблицы для русской женщины, которой таблица Арнольда является узкою.

г) Представимъ цифры *спиром. прибыли и убыли* у обоихъ половъ за все время леченія, а также за 30 дней и за каждый день:

Таблица 52.

Періодъ		Мущины. Средняя пат. емк.	Мущины. Средняя прибыль въ к. с.: Прибыль	За средн. числ. дн.	За 30 дней	За 1 день	Числ. случ.	Женщины. Средняя пат. емк.	Женщины. Средняя прибыль въ к. с.: Прибыль	За средн. число дн.	За 30 дней	За 1 день	Числ. случ.
I періодъ	Получивш. +	3109	225	59	114	3,7	22	2316	+258	76	+101	+3,3	12
	Получивш. —	—	—	—	—	—	—	2000	—400	47	—255	—13,3	1
	Оконч. итогъ за вычетомъ —	—	—	—	—	—	—	2292	+207	74	+83	+2,7	13
II періодъ	Получивш. +	2517	+308	67	+137	+4,5	34	1823	+373	78	+143	+4,7	23
	Получивш. —	2268	—250	60	—125	—4,1	11	2300	—200	66	—90	—3	2
	Оконч. итогъ.	2456	+127	64	+80	+2,3	45	1861	+327	77	+127	+4	25
III періодъ	Получивш. +	1874	+272	109	+74	+2,4	19	1485	+342	117	+87	+2,9	7
	Получивш. —	2250	—318	130	—73	—2,4	11	1700	—250	116	—64	—2,1	2
	Оконч. итогъ.	2012	+56	117	+14	+0,4	30	1533	+211	117	+54	+1,8	9
Всѣ періоды	Получивш. +	2528	+275	76	+108	+3,6	75	1907	+335	84	+119	+3,6	42
	Получивш. —	2259	—284	95	—89	2,6	22	2000	—260	82	—95	—3,1	5
	Оконч. итогъ.	2467	+148	80	+55	+1,8	97	1918	+271	84	+96	+3,2	47

д) **Отношеніе спиром. прибыли въ вѣсовой и пневмометрической.** Въ большинствѣ случаевъ лица, пріобрѣтавшія прибыль по одному ка-

кому либо измѣренію, получали ее вмѣстѣ съ тѣмъ и по другимъ измѣреніямъ. Отношеніе между числомъ лицъ, получившихъ прибыль и убыль по указаннымъ тремъ измѣреніямъ, видно изъ слѣд. таблицы, въ которой данныя вмѣстѣ съ тѣмъ сопоставлены и съ *исходами* болѣзни въ $^0/_0$. Для пневмометра и вѣса проценты взяты къ спирометрической суммѣ случаевъ.

Таблица 53.

		Число случ.	Спирометръ. числ. случ. При-были.	Спирометръ. числ. случ. Убы-ли.	Взвѣшиваніе. числ. случ. При-были.	Взвѣшиваніе. числ. случ. Убы-ли.	Пневмометръ. полож. давл. При-были.	Пневмометръ. полож. давл. Убы-ли.	Пневмометръ. отриц. давл. При-были.	Пневмометръ. отриц. давл. Убы-ли.
Мущины.	Вызд. и улучш.	111	93,6	6,3	64,8	7,2	26,1	2,7	26,1	0,9
	Смерть и ухудш.	36	36,1	63,8	11,1	63,8	13,8	—	11,1	27,7
	Итогъ . .	147	79,5	20,4	51,7	21	21,5	2	22,4	1,3
Женщины.	Вызд. и улучш.	64	92,1	7,8	76,5	4,6	*Мало данныхъ.*			
	Смерть и ухудш.	8	37,5	62,5	2,5	62,5				
	Итогъ . .	72	86,1	13,8	70,8	11,1				

Что касается размѣра прибылей и ихъ отношенія между собою по всѣмъ 3-мъ измѣреніямъ, то объ этомъ даетъ понятіе слѣд. таблица:

Таблица 54.

		Спирометръ.				Взвѣшиваніе.				Пневмометръ.		
		Средняя пат. емк.	Число случ.	Оконч. приб. Въ куб. с.	Оконч. приб. Въ %.	Средн. вѣсъ.	Число случ.	Оконч. приб. Въ фунт.	Оконч. приб. Въ %.	Число случ.	Оконч. приб. въ м. м. +	Оконч. приб. въ м. м. —
Мущины	I.	3200	31	180	5,6	137,3	18	8,2	5,9	4	18	27,5
	II.	2473	73	126	5,0	141	50	5,5	3,9	18	16,4	15,4
	III.	2148	43	63	2,3	134,5	39	1,0	0,7	13	20,4	8,4
Женщины.	I.	2300	29	256	11,1	123	24	7,8	6,3	5	12,4	12
	II.	1844	30	325	17,6	127,8	24	5,8	4,5	2	10	6
	III.	1511	13	161	10,6	124,6	11	6,3	5,0	2	18	1

Изъ этой таблицы видно, что между прибылью разныхъ измѣреній существуетъ правильное отношеніе, которое опредѣлилось бы яснѣе при большемъ числѣ наблюденій. Только для пневматометра эта правильность менѣе замѣтна, вслѣдствіе малаго числа случаевъ и меньшей точности наблюденій (см. слѣд. гл. о пневматометріи). Правильность эта отражается еще болѣе при сопоставленіи цифровыхъ данныхъ съ благопріятными и неблагопріятными исходами болѣзни.

Таблица 55.

		Спирометръ.				Вѣсъ.				Пневмометръ.		
		Средняя емкость.	Число случ.	Оконч. приб. Въ куб. с.	Оконч. приб. Въ %.	Средній вѣсъ.	Число случ.	Оконч. приб. Въ фунт.	Оконч. приб. Въ %.	Число случ.	Оконч. прибыль въ % Пол. +	Оконч. прибыль въ % Отр. —
Мущины.	Вызд. и ул.	2584	111	+248	9,5	140,6	80	+8	+5,6	30	+37	+44,8
	См. и ухуд.	2088	36	—139	—6,6	136,7	27	—6,2	—4,5	5	+ 3,5	+ 1,3
	Итого . . .	2463	147	+159	+6,4	139,8	107	+4,3	+3,2	35	+36,9	+39,8
Женщины.	Вызд. и ул.	2016	64	+315	15,6	125,2	52	+7,9	+6,3	Мало случаевъ.		
	См. и ухуд.	1581	8	—112	—7,3	125,4	7	—2,3	—1,8			
	Итого . . .	1967	72	+268	+13,6	125,2	59	+6,7	+5,3			

IX. ПНЕВМАТОМЕТРІЯ.

Относящіяся сюда данныя не обладаютъ тою точностью, какая существуетъ при другихъ измѣреніяхъ, находящихся въ моемъ трудѣ. Причины этого заключаются въ тѣхъ затрудненіяхъ, которыя связаны съ примѣненіемъ пневматометра и которыя обстоятельно разобраны д-ромъ О. О. Мочутковскимъ въ статьѣ о клиническомъ примѣненіи пневматометріи. Именно на величину показаній манометра въ значительной степени дѣйствуетъ трудно устранимое вліяніе мышицъ лица и губъ, вслѣдствіе чего цифры давленія получаются выше дѣйствительныхъ. Это въ особенности относится къ вдыхательному или отрицательному давленію, которое въ большинствѣ случаевъ получается выше настоящаго, вслѣдствіе разрѣженія воздуха при сосательномъ дѣйствіи. Больнымъ никогда не имѣвшимъ дѣла съ подобными аппаратами и мало развитымъ трудно уяснить необходимую при вдыханіи и выдыханіи процедуру. Я пользовался обыкновеннымъ пневматометромъ Вальденбурга, снабженнымъ краномъ и стеклянымъ мундштукомъ на концѣ трубки. Только въ недавнее время я сталъ примѣнять болѣе удобную деревянную маску для рта. Остроумными приспособленіями, предложенными д-ромъ Мочутковскимъ (кожаный грудной поясъ и жомъ для щекъ, возможно пользоваться развѣ въ клиникахъ и больницахъ, но не въ частной практикѣ).

У своихъ больныхъ я примѣнялъ при вдыханіи и выдыханіи такъ называемый (по Вальденбургу) форсированный (быстрый) способъ, какъ менѣе утомительный и болѣе безвредный. Полученныя такимъ образомъ цифры, среднія для положительнаго (выдыхательнаго) давленія, являются вѣрными, для отрицательнаго же (вдыхательнаго)—онѣ вслѣдствіе указанной причины выше дѣйствительныхъ, какъ это явствуетъ изъ относительнаго между обоими давленіями числа. Для сравненія своихъ цифръ съ нормальными я беру minimum, предложенный Вальденбургомъ для взрослыхъ мущинъ и женщинъ, предполагая, что почти всѣ лица, заболѣвшія чахоткою, въ здоровомъ состояніи могли имѣть цифры давленія скорѣе минимальныя, чѣмъ максимальныя. Вальденбургъ считаетъ за минимумъ при форсированномъ дыханіи [1]) для мущинъ: + 80 m. m.,—70 m. m., а для женщинъ: + 60 m. m.,—50 m. m.

---

[1]) Die pneumat. Behandlunh der Respirations und Circulationskrankheiten; Berlin 1875.

Приведемъ для обоихъ половъ и по періодамъ среднія цифры положительнаго и отрицательнаго давленій, средній дефицитъ противъ минимальной нормы въ %, процентное отношеніе минуса къ плюсу (отрицат. давленія къ положительному) и среднюю разность между обоими давленіями:

Таб. 56.

		+ въ m. m.	Число случ.	Сред. дефиц. + въ %	Сред. дефиц. въ m. m.	Число случ.	Сред. дефиц. — въ %	% Отношеній — къ +	Разность между + и —
мущины.	I	62,2	66	22,2	40,4	54	42,2	64,9	21,8
	II	53,7	119	32,8	32,1	109	54,1	59,7	21,6
	III	49,6	45	38,0	36,4	45	48	73,8	13,2
	итогъ	51,8	230	35,2	35,2	208	49,7	67,9	12,9
женщины.	I	42,2	38	29,6	23,6	20	52,8	55,9	18,6
	II	37,4	37	37,6	21,5	24	57	57,4	15,9
	III	33,7	21	43,8	21,4	14	56	63,5	12,3
	итогъ	38,5	96	35,8	23,2	58	53,6	60,2	15,3

Отношенія между приведенными данными явствуютъ изъ таблицы. Въ простыхъ числахъ отношеніе между — и + у мущинъ будетъ 1:1,4, у женщинъ 1:1,6, принимая за единицу отрицательное давленіе. Процентное отношеніе отрицат. давленія къ положительному совпадаетъ съ наблюденіями Мочутковскаго (средн. цифра 68,1, у меня 67, 9 для мущинъ). Что касается разности между + и — въ миллиметрахъ, то у насъ она получилась незначительная (12,9 у мущ. и 15,3 у женщ.) вслѣдствіе того, что цифры отрицат. давленія оказались выше настоящихъ (см. выше). Мендельсонъ опредѣляетъ разницу въ 26 m. m., Гутчинсонъ находитъ вообще, что положит. давленіе почти на $^1/_3$ больше отрицательнаго, по Вальденбургу же чаще всего разница колеблется отъ 20—30 m. m. Впрочемъ минимальная норма Вальденбурга представляетъ разность для обоихъ половъ всего въ 10 m. m.,—меньше нашей патологической. По недавнимъ изслѣдованіямъ Dahlerup'a, сообщеннымъ на 8-мъ международномъ медиц. съѣздѣ въ Копенгагенѣ, средняя величина положит. давленія у здоровыхъ солдатъ составляетъ 60—90 m. m. (у меня 51,8 у мущ.), отрицательнаго же 40—70 m. m. (у меня 35,2 R). Слѣдовательно, установившееся мнѣніе, что при чахоткѣ отрицат. давленіе падаетъ больше, чѣмъ положительное, подтверждается, не смотря на меньшую точность наблюденій для отрицат. давленія [1]).

[1]) Врачъ 84 г. № 39. стр. 674.

Что касается *пневмометрической прибыли*, то для положительнаго давленія она получилась въ среднемъ выводѣ (окончательная по всѣмъ періодамъ болѣзни) у мущинъ 13,7 m. m., у женщинъ 11 m. m.; для отрицательнаго же у мущинъ 18,3 m. m., у женщинъ 11,1 m. m.

Объ отношеніи пневмометрическихъ измѣреній къ другимъ, напр. вѣсовымъ и спирометрическимъ, была рѣчь выше.

X. ВЗВѢШИВАНІЕ.

Le premier indice d'une évolution temporairement ou définitivement favorable est la cessation de l'amaigrissement et l'augmentation de poids du malade.

Jaccoud. op. cit. p. 59.

Чахотка, какъ извѣстно, рано или поздно неизбѣжно ведетъ къ исхуданію, потерѣ вѣса,—откуда и характерное названіе болѣзни; можно сказать что все хроническое теченіе ея характеризуется непрерывною борьбою прихода и расхода, ведущую къ глубокому нарушенію животной экономіи и банкротству. Выше мы видѣли, что упадокъ вѣсоваго баланса зависитъ отъ лихорадки и связаннаго съ нею увеличенія расхода; кромѣ того во многихъ случаяхъ исхуданію благопріятствуетъ также потеря веществъ въ видѣ мокроты, подобно тому какъ это бываетъ при потеряхъ соковъ вслѣдствіе хроническаго нагноенія и т. п. Въ чемъ заключается сущность туберкулезнаго лихорадочнаго процесса, на сколько послѣдній обусловливается сопутствующими воспалительными явленіями и насколько вліяніемъ специфической заразы на кровь и тепловые центры, объ этомъ мы говорить не станемъ;—наша задача состоитъ въ подведеніи итоговъ динамическому эффекту. Считаю нужнымъ упомянуть только о томъ, что исхуданіе не всегда является послѣдствіемъ лихорадки; иногда оно наблюдается очень рано, когда болѣзнь еще въ самомъ началѣ и когда лихорадка еще не бываетъ. Такое раннее исхуданіе, по Jaccoud, есть дурной признакъ, окончательно лишающій надежды на излеченіе; нерѣдко и при развитой уже болѣзни можно констатировать продолжающуюся потерю вѣса при отсутствіи лихорадки или другихъ ясныхъ причинъ. Въ такихъ случаяхъ похуданіе, соединенное нерѣдко съ трудно объяснимою слабостью, очевидно происходитъ вслѣдствіе инфекціи крови, подобно тому какъ это имѣетъ мѣсто при хрони-

ческомъ отправленіи нѣкоторыми фармакологическими ядами (рафанія?). Во всякомъ случаѣ запасъ питательнаго матеріала при чахоткѣ имѣетъ огромное значеніе, гораздо бо́льшее чѣмъ при другихъ болѣзняхъ, не сопровождающихся столь продолжительною и упорною лихорадкою. Когда больной имѣетъ хорошіе запасы питательнаго матеріала, то послѣдняго оказывается достаточно какъ для него, такъ и для его враговъ—бациллъ и потому онъ долго противустоитъ разрушительному дѣйствію болѣзни. Когда въ закромахъ много запасовъ хлѣба, то его хватаетъ и для хозяина и для его враговъ—крысъ и мышей; при малыхъ же запасахъ враги истребляютъ все и хозяину предстоитъ голодъ съ неизбѣжнымъ исхуданіемъ. Изъ этихъ соображеній, а также нижеприведенныхъ вѣсовыхъ данныхъ, явствуетъ, какъ важно при леченіи чахоточныхъ слѣдить за вѣсомъ и его колебаніями. Если, по словамъ Жакку, всякій разъ, когда затрата превышаетъ приходъ, имѣется уже условіе, производящее чахотку, то при существованіи уже развитой болѣзни такое отношеніе вѣсоваго баланса прямо служитъ указателемъ ея дальнѣйшаго теченія и исхода. „Извѣстно, говоритъ д-ръ Каррикъ въ своей статьѣ о кумысѣ, что увеличеніе вѣса при чахоткѣ признается въ огромномъ большинствѣ случаевъ самымъ надежнымъ изъ признаковъ прекращенія дальнѣйшаго развитія болѣзни“ [1]). Слѣдовательно, взвѣшиваніе больныхъ при леченіи какъ дома, такъ особенно въ климатическихъ станціяхъ, имѣетъ гораздо больше значенія, чѣмъ принято думать. Я позволяю себѣ приписывать ему больше важности, чѣмъ спирометріи, пневматометріи и даже термометріи, потому что при умѣренной лихорадкѣ и хорошихъ условіяхъ пищеваренія и діэты и у больного балансъ можетъ оставаться благопріятнымъ, именно in statu quo, или даже получаться прибыль вѣса (см. ист. б-ни № XII); когда же взвѣшиваніе обнаруживаетъ убыль вѣса, то этотъ фактъ во всякомъ случаѣ указываетъ на ухудшеніе болѣзни. Въ виду этого я обратилъ особое вниманіе на обработку вѣсовыхъ данныхъ, такъ какъ онѣ даютъ возможность сдѣлать наиболѣе точно и осязательно оцѣнку Ялты, какъ станціи для грудныхъ больныхъ, и кромѣ того пополняютъ нѣсколько пробѣлъ въ нашей литературѣ. Мнѣ кажется, что вѣсовое теченіе чахотки представляетъ такъ много важности и интереса, что цифровыя данныя подобнаго рода наравнѣ съ другими должны бы получить мѣсто въ руководствахъ терапіи.

Я взвѣшивалъ больныхъ (также какъ и мой другъ Ф. А. Олеховичъ) на точныхъ десятичныхъ вѣсахъ и почти всегда въ одномъ и томъ же платьѣ; если костюмъ былъ другой, то надъ цифрой вѣса ставился въ журналѣ вопросительный знакъ и взвѣшиваніе провѣ-

---

[1]) „Врачъ“, 84 г.

рялось въ другой разъ или не принималось во вниманіе при обработкѣ данныхъ. Я сознаю, что при такомъ способѣ взвѣшиванія возможны погрѣшности, но онѣ не велики и при значительномъ матеріалѣ не могутъ замѣтно вліять на среднія цифры. Мы увидимъ ниже, что 72,7% всѣхъ взвѣшиваній приходится на теплое полугодіе, когда больные одѣваются въ платье приблизительно одинаковаго вѣса. Кромѣ того взвѣшиваніе всегда производилось между утреннимъ чаемъ и завтракомъ, приблизительно въ одинаковое время (9—11 час.) и послѣ утренней дефекаціи.

Что касается *продовольствія больныхъ*, имѣющаго прямое соотношеніе съ вѣсовою прибылью, то объ этомъ см. ч. II гл. „Пища и продовольствіе.“

Переходя къ цифровымъ даннымъ взвѣшиванія, я долженъ замѣтить, что онѣ взяты за все время пребыванія больныхъ въ Ялтѣ и притомъ при всѣхъ способахъ леченія. Полученныя такимъ образомъ среднія я называю *общими вѣсовыми данными*, въ отличіе отъ тѣхъ частныхъ, которыя получаются при спеціальныхъ методахъ леченія, напр. кумысомъ, виноградомъ и т. п. и о которыхъ рѣчь будетъ ниже.

а) *Число случаевъ различнаго вѣса у больныхъ*. Для уясненія ниже приводимыхъ вѣсовыхъ таблицъ считаю нужнымъ привести сначала цифры индивидуальнаго вѣса больныхъ для мущинъ и женщинъ особо въ числахъ и % для 838 случаевъ.

Таблица 57.

мущины.

Вѣсъ въ ф.	числ. сл.	Въ %	Итогъ на 10 ф.
86	1	0,19	
92	1	0,19	6
93— 94	2	0,38	
95— 96	1	0,19	(1,1%)
97— 98	1	0,19	
101—102	3	0,5	
103—	2	0,38	18
105—106	3	0,5	
—108	5	0,9	($3,4_5$)
109—110	5	0,9	
111—112	9	1,7	
113—114	8	1,5	66
115—116	14	2,6	
117—118	18	3,4	($12,6_8$)
119—120	17	3,2	

женщины.

Вѣсъ въ ф.	числ. сл.	Въ %	Итогъ на 10 ф.
83—	1	0,3	
85	1	0,3	5
87	1	0,3	($1,5_7$)
90	2	0,4	
91—92	2	0,6	
93—94	2	0,6	20
95--96	4	1,2	
97—98	4	1,2	(6,3)
99—100	8	2,5	
101—102	9	2,8	
103—104	7	2,2	45
105—106	16	5,0	
107—108	4	1,2	($14,1_9$)
—110	9	2,8	

мущины.

Вѣсъ въ ф.	Числ. сл.	Въ %	Итогъ на 10 ф.
121—122	11	2,1	81
123—124	9	1,7	
125—126	19	3,6	(15,5$_4$)
127—128	13	2,5	
129—130	29	5,5	
131—132	18	3,4	111
133—134	21	4,0	
135—136	30	5,7	(21,3)
137—138	22	4,2	
139—140	20	3,8	
141—142	18	3,4	102
143—144	23	4,4	
145—146	22	4,2	(19,5$_7$)
147—148	22	4,2	
149—150	17	3,2	
151—152	16	3,0	68
153—154	13	2,5	
155—156	13	2,5	(13,0$_5$)
157—158	16	3,0	
159—160	10	1,9	
161—162	7	1,3	34
163—164	9	1,7	
165—166	8	1,5	(6,5$_2$)
167—168	5	0,9	
169—170	5	0,9	
171—172	3	0,5	19
173—174	3	0,5	
175—176	6	1,1	(3,6$_4$)
177—178	5	0,9	
179—	2	0,38	
181—	1	0,19	6
186	2	0,38	
188	1	0,19	(1,1$_5$)
190	2	0,38	
191 — 192	2	0,38	8
194	2	0,38	
196	1	0,19	(1,5$_3$)
197 — 198	2	0,38	
203 —	1	0,19	
	521		

женщины.

Вѣсъ въ ф.	числ. сл.	Въ %	Итогъ на 10 ф.
111—112	6	1,8	65
113—114	9	2,8	
115—116	13	4,1	(20,5)
117—118	25	7,8	
119—120	12	3,7	
121—122	13	4,1	61
123—124	13	4,1	
125—126	10	3,1	(19,2$_4$)
127—128	7	2,2	
129—130	18	5,6	
131—132	8	2,5	47
133—134	12	3,7	
135—136	13	4,1	(14,8)
137—138	5	1,5	
139—140	9	2,8	
141—142	12	3,7	41
143—144	10	3,1	
145—146	8	2,5	(12,9$_3$)
147—	5	1,5	
149—150	6	1,8	
151—152	3	0,9	17
153—154	8	2,5	(5,3$_6$)
157—158	3	0,9	
159—160	3	0,9	
163—164	2	0,6	7
165—	1	0,3	(2,2)
167—168	3	0,9	
169—	1	0,3	
173—174	2	0,6	4
177—	1	0,3	(1,2$_6$)
179—	1	0,3	
189	1	0,3	3
201	1	0,3	(0,9$_4$)
210	1	0,3	
	317		

Слѣдов. наибольшее число больныхъ мущинъ (21,3%) падаетъ на вѣсъ 130—140 ф., такое же число у женщинъ (20,5%) приходится на 110—120 ф.

б) *Число случаевъ прибыли и убыли вѣса.* У обоихъ половъ совмѣстно убыль получается въ 1-мъ періодѣ болѣзни въ 14,4%, въ 2-мъ въ 25% и въ 3-мъ въ 45%; вообще же у обоихъ половъ и во всѣхъ періодахъ болѣзни убыль вѣса получилась въ 28%, а въ 72% прибыль [1]). Такого отношенія нельзя не признать благопріятнымъ, если принять во вниманіе, что большая часть больныхъ пріѣзжаетъ въ Крымъ спустя значительное время послѣ заболѣванія (См. ниже гл. продолжительность болѣзни) съ болѣзнью уже укоренившеюся и съ стойкими измѣненіями ткани. Здѣсь какъ бы въ % выражается евтрофическая сила naturae tauricae и другихъ вспомогательныхъ вліяній.

Замѣчательна разница между полами: женщина постоянно беретъ перевѣсъ надъ мущиною, что впрочемъ замѣчается и при другихъ измѣреніяхъ (спирометрія); только въ 3-мъ періодѣ болѣзни она немного уступаетъ мущинѣ. Если взять два первые періода, то мущины вообще получаютъ убыль вѣса въ 28%, женщины только въ 11,6%.

Въ частности по періодамъ получается слѣд. отношеніе:

въ I	пер.	у мущинъ	убыль	вѣса получ.	въ 27%,	у женщинъ	въ	6,2%
во II	„	„	„	„	„ 29,6,	„	„	17.
въ III	„	„	„	„	„ 53,4,	„	„	58,5.

в) *Отношеніе прибыли вѣса къ исходамъ болѣзни.* Приведемъ сначала таблицу взвѣшиванія по періодамъ и поламъ и сопоставимъ ее съ исходами:

[1]) У Dettweiler'а (въ Фалькенштейнѣ) приращеніе вѣса получилось въ 86%, т. е. на 14% чаще, что зависѣло отъ лучшаго продовольствія больныхъ, которые, по словамъ автора, во всякое время могли ѣсть, что угодно, а также, вѣроятно, отъ малаго числа больныхъ 3-го періода.

См. Межд. клин. 1885 г. № 5.

Таблица 58.

Периодъ	Полъ	Исходы.	Среднiй вѣсъ въ фунтахъ.	Средняя прибыль.	Средняя прибыль въ 30 дн.	Та-же прибыль въ %.	Число случ.
Первый періодъ.	Мущины.	Вызд. . . .	146,1	7,2	2,7	1,8	33
		Улучш. . .	150	4,2	3,5	2,3	8
		Ухудш. . .	151,6	—6,6	—2,1	1,4	6
		Stat. quo. .	—	—	—	—	—
		Исх. неизв. .	143	—	—	—	—
		Итогъ . .	146,9	5	2	1,4	47
	Женщины.	Вызд. . . .	128,5	7,6	1,6	1,2	52
		Улучш. . .	128,3	4,7	3	2,3	10
		Ухудш. . .	152	—10,5	—18,6	12,2	2
		Stat. quo . .	118	—	—	—	—
		Исх. неизв. .	125,3	—	—	—	—
		Итогъ . .	128,5	6,5	1,6	1,2	64
		Итогъ для обоихъ половъ.	137,3	5,9	1,7	1,2	111
Второй періодъ.	Мущины.	Вызд. . . .	145,3	11,4	2,8	1,9	28
		Улучш. . .	140,9	3,5	1,4	1,0	66
		Ухудш. . .	137,9	—6,3	—3,1	2,2	14
		Смерть. . .	136,7	—4,3	—0,8	0,6	19
		Stat. quo . .	135,2	—2	—1,9	1,4	5
		Исх. неизв. .	141,9	1,3	0,9	0,6	3
		Итогъ . .	141	2,8	0,9	0,6	135
	Женщины.	Вызд. . . .	131	10,3	2,0	1,5	18
		Улучш. . .	132,5	2,4	0,6	0,5	30
		Ухудш. . .	125,5	—4,3	—3,0	2,4	6
		Смерть. . .	131,5	1,0	0,2	0,1	2
		Stat. quo . .	116,6	1,3	1,1	0,9	3
		Исх. неизв. .	126,4	—	—	—	—
		Итогъ . .	129,6	4	1	0,8	59
		Итогъ для обоихъ половъ.	137,6	3,1	0,9	0,7	194
Третій періодъ.	Мущины.	Вызд. . . .	136,6	8,7	1,0	0,7	14
		Улучш. . .	132,3	5,7	1,5	1,1	26
		Ухудш. . .	127	—6,8	—4,2	3,3	19
		Смерть. . .	133,1	—5,2	—0,9	0,7	36
		Stat. quo . .	125,4	—1,7	—1,2	1,0	3
		Исх. неизв. .	131,7	—2,7	—3,2	2,4	3
		Итогъ . .	131,9	—0,6	—0,1	0,1	101
	Женщины.	Вызд. . . .	128,9	25,7	2,6	2,0	3
		Улучш. . .	122,7	4,9	2,8	2,3	9
		Ухудш. . .	110,4	—10,6	—5,3	4,8	10
		Смерть. . .	119,5	—3,6	—0,4	0,3	18
		Stat. quo . .	90,5	—	—	—	—
		Исх. неизв. .	111,2	—7,0	—1,7	1,5	1
		Итогъ . .	116,9	—1,4	—0,3	0,3	41
		Итогъ для обоихъ половъ.	126,8	—0,8	—0,2	0,2	142

Изъ этой таблицы видно, что по всѣмъ дѣленіямъ (исходы, періоды и полы) вообще усматривается значительная правильность;—небольшое число исключеній объясняется малымъ числомъ случаевъ. Это относится какъ къ среднему вѣсу больныхъ, сопоставленному съ исходами, такъ и къ средней прибыли; большая прибыль по улучшенію, чѣмъ по выздоровленію въ I и III періодахъ у обоихъ половъ вообще можетъ быть объяснена тѣмъ, что часто прибыль получается тѣмъ значительнѣе, чѣмъ сильнѣе истощеніе и потеря вѣса у больныхъ. Наибольшая несообразность заключается въ томъ, что во II и III періодахъ по исходу въ смерть убыль вездѣ меньше, чѣмъ по ухудшенію, а иногда получается даже прибыль; это зависитъ отъ того, что часть больныхъ умерла въ Ялтѣ или дома спустя довольно значительный промежутокъ времени, въ теченіи котораго вначалѣ получалась незначительная прибыль или stat. quo (см. гл. III).

Принявши во вниманіе указанныя исключенія, можно сказать, что больные двухъ первыхъ исходовъ во всѣхъ періодахъ и у обоихъ половъ характеризуются прибылью вѣса; больные же остальныхъ исходовъ получаютъ убыль (исключеніе составляютъ только мущины съ неизв. исходомъ II періода, а также умершія и оставшіяся in statu quo женщины того же періода). Слѣдовательно,—*прибыль вѣса есть важнѣйшій критерій для сужденія о ходѣ болѣзни*, а также и объ исходѣ ея, по крайней мѣрѣ для извѣстнаго промежутка времени. Пріобрѣтая вѣсъ, больные тѣмъ самимъ увеличиваютъ свои шансы на выздоровленіе или улучшеніе почти пропорціонально вѣсовому приросту. Получившіе убыль за время пребыванія въ Ялтѣ, очевидно, были лицами безнадежными даже для близкаго будущаго.

Если подвести общіе итоги по всѣмъ періодамъ вмѣстѣ, то получатся слѣд. данныя:

Таблица 59.

	Средн. вѣсъ.	Число случ. для сред. вѣс.	Вся средн. прибыль.	Средн. приб. за 30 дн.	Число случ. прибыли.	Вся средн. убыль.	Средн. убыл. за 30 дн.	Число случ. убыли.	Окончател. сред. убыль.	Тоже въ 30 дней.	Тоже въ 0/0 къ сред. вѣс.
мущ.	139,94	521	7,4	2,24	179	7,5	1,9	104	1,92	0,54	0,3
женщ.	126,27	317	7,2	1,85	126	8.15	1,59	38	3,65	0,88	0,6
оба п.	134,7	838	7,3	2,07	305	7,67	1,79	142	2,5	0,6	0,4

Такимъ образомъ, за вычетомъ всей убыли, каждый мущина получаетъ за время своего леченія въ Крыму около 2 ф. прибыли, за 30 дней ½ ф. или 0,3% своего средняго вѣса; женщина за то же время получаетъ 3,6 ф., въ 30 дней 0,8 ф. или 0,6% своего вѣса; слѣдовательно, женщины вообще пріобрѣтаютъ вдвое больше. У обоихъ же половъ, въ концѣ концовъ, получается общая средняя за время пребыванія въ Крыму 2,5 ф. (1,8%) или за 30 дн. 0,6 ф. или въ частяхъ вѣса 0,4%. Это тѣ окончательныя среднія, которыми опредѣляется цѣлебное значеніе южнаго берега Крыма для легочныхъ больныхъ, это тотъ баллъ, котораго заслужила Ялта при испытаніи въ теченіи 15 лѣтъ. Если бы подобнымъ же способомъ собирать вѣсовыя данныя для другихъ отечественныхъ санитарныхъ станцій, которыя въ послѣднее время увеличиваются въ числѣ, и получать такой окончательный вѣсовой баллъ, то можно было бы дѣлать интересныя сравненія и опредѣлять одной цифрою цѣлебное ихъ значеніе. Всѣ наши кумысныя заведенія, лечебницы и разныя loca salubria вблизи городовъ, гдѣ постоянно имѣются врачи, легко могли бы примѣнять взвѣшиваніе у грудныхъ больныхъ и получать подобныя вѣсовыя данныя, которыя по своей безспорности и простотѣ служатъ всегда лучшимъ критеріемъ для сужденія объ улучшеніи здоровья. Позволяю себѣ здѣсь пригласить своихъ сотоварищей къ собиранію такихъ данныхъ, которыя въ будущемъ представятъ интересный матеріалъ.

Такъ какъ 72% больныхъ получили только положительную прибыль вѣса, то для нихъ понятно вѣсовое приращеніе опредѣляется не цифрою 2,5 ф., а средней прибылью для обоихъ половъ 7,3 ф. или въ 30 дн. 2 ф.

Принимая во вниманіе, что два первые исхода болѣзни (вызд. и улучш.) характеризуются прибылью вѣса, а всѣ остальные убылью его, можно изъ вышеприведенныхъ данныхъ составить слѣдующую интересную таблицу:

Таб. 60.

		мущины.			женщины.		
		Средн. вѣсъ.	Средн. приб. за 30 дн.	Такая же въ %.	Средн. вѣсъ.	Средн. приб. въ 30 дн.	Такая же въ %.
I п.	Вызд. и улуч.	147,1	2,8	1,9	128,5	1,6	1,2
	Остальн. исх.	145,9	—2,1	1,4	128,4	—1,9	1,5
II п.	Вызд. и улуч.	142,2	2,0	1,4	132	1,2	0,9
	Остальн. исх.	139,5	—1,3	0,9	125,3	—0,9	0,9
III п.	Вызд. и улуч.	133,8	1,2	0,9	124,4	2,6	2,1
	Остальн. исх.	131	—1,4	1,1	114,4	—1,0	0,9

Больные, склонные къ благопріятному исходу болѣзни, *непремѣнно получаютъ приращеніе вѣса*; размѣръ прибыли для каждаго больного неодинаковъ, но вообще для мущинъ I періода онъ составляетъ 1,9% ихъ средняго вѣса, во II пер. 1,4% и въ III пер. 0,9%; слѣдовательно, съ переходомъ къ слѣдующему періоду теряется 0,5% приращенія. Убыль вѣса у больныхъ, несклонныхъ къ улучшенію, слѣдуетъ не менѣе замѣчательному закону: мущина въ I пер. теряетъ въ 30 дн. среднимъ числомъ 1,4%, затѣмъ потеря уменьшается и, можно сказать, становится *постоянною*, а именно во II пер. мущина теряетъ въ 30 дн. 0,9% своего вѣса; потеря эта хотя и возрастаетъ въ III пер., но едва замѣтно (на 0,2%). Законъ этотъ точно также относится и къ женщинамъ; исключеніе усматривается только въ III пер., гдѣ прибыль вѣса не только не меньше, чѣмъ во II пер., но даже больше, чѣмъ въ I пер. у мущинъ (1,9: 2,1). Это единственное исключеніе зависитъ отъ малаго числа женщинъ (12 сл.), изъ коихъ нѣкоторыя притомъ получили феноменальную прибыль 25,7 ф. за 30 дн. (3 случ.) Случай такой огромной прибыли въ короткое время (отъ $1/2$—1 ф. въ сутки) я наблюдалъ изрѣдка только у истощенныхъ женщинъ и никогда у мущинъ.

При продолжающейся потерѣ вѣса послѣдняя распредѣляется такъ: сначала (въ I пер.) мущины и женщины теряютъ почти одинаковую часть своего вѣса (мущ. 1,4%, женщ. 1,5%), но въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни (II и III пер.) женщины теряютъ нѣсколько меньше.

Чтобы нагляднѣе представить нѣкоторыя отношенія вѣсовыхъ данныхъ, мы разсмотримъ ихъ по періодамъ для каждаго исхода особо и сопоставимъ съ нормальнымъ вѣсомъ здороваго человѣка; такимъ способомъ мы опредѣлимъ (приблизительно) дефицитъ вѣса (степень исхуданія) въ фунтахъ и процентахъ у больныхъ всѣхъ исходовъ и періодовъ. Я принялъ за средній вѣсъ здороваго мущины 155 ф., женщины 140 ф., включая сюда и вѣсъ комнатнаго костюма [1]).

---

[1]) Я руководствовался (что касается вѣса мущинъ) средними цифрами д-ра Кербера (о физич. изслѣдованіи молодыхъ матросовъ. Спб., 1870) и д-ра Космовскаго („Р. Мед.“ 1885 г. № 4), у перваго изъ нихъ средній вѣсъ получился 155,4 ф. у второго 157,1 ф. (у обоихъ безъ платья.) Принимая во вниманіе, что матросы и солдаты въ общемъ будутъ тяжеловѣснѣе средняго русскаго мущины, я уменьшилъ этотъ вѣсъ прибавленіемъ тяжести костюма. Что касается вѣса женщины, то за неимѣніемъ подъ руками какихъ либо данныхъ, я опредѣлилъ его примѣрно въ 140 ф., руководясь тѣмъ, что въ моихъ данныхъ вообще женщины отстаютъ въ вѣсѣ отъ мущинъ на 15 ф. Кому точнѣе извѣстенъ средній вѣсъ здоровыхъ мущинъ и женщинъ, тотъ легко можетъ сдѣлать въ моихъ дефицитахъ соотвѣтствующія поправки. Если судить по моимъ патологич. даннымъ, то для женщинъ средній вѣсъ въ 138 ф. будетъ ближе къ истинѣ.

Таблица 61.

		МУЩИНЫ.					ЖЕНЩИНЫ.				
		Сред. вѣсъ.	Приб. въ 30 дней.	Тажс въ %.	Дефицитъ къ 155 ф. въ ф.	Дефицитъ къ 155 ф. въ %.	Сред. вѣсъ.	Приб. въ 30 дней.	Таже въ %.	Дефицитъ къ 140 ф. въ ф.	Дефицитъ къ 140 ф. въ %.
ВЫЗДОРОВЛЕНІЕ.	I.	146	2,7	1,8	9	5,8	128,5	1,6	1,2	11,5	8,2
	II.	145,3	2,7	1,9	9,7	6,2	130,9	1,9	1,5	9,1	6,5
	III.	136,5	1,0	0,7	18,5	11,9	128,9	0,5	0,3	11,1	7,9
	Итого выздоров.	144,6	2	1,4	10,4	6,7	129	1,9	1,5	11	7,8
УЛУЧШЕНІЕ.	I.	150,5	3,4	2,3	4,9	3,1	128,2	3	2,3	11,8	8,4
	II.	140,9	1,6	1,1	14,1	9,0	132,5	0,6	0,4	7,5	5,3
	III.	132,2	1,4	1,0	22,8	14,7	122,9	2,7	2,3	17,1	12,2
	Итого улудшен.	140,9	1,5	1,0	14,1	9,0	129,6	1,1	0,8	10,4	7,4
	Общій итогъ обоихъ.	142,6	1,8	1,2	12,4	8,0	129,3	1,6	1,2	10,7	7,6
УХУДШЕНІЕ.	I.	151,6	—2,1	1,3	3,4	2,1	152	—18,5	12,1	+12	+8,5*
	II.	137,9	—3	2,1	17,1	11,0	125,5	—2,9	2,3	14,5	10,3
	III.	127	—4,1	3,2	28	18,0	110,4	—5,2	4,6	29,6	21,1
	Итогъ.	134,7	—3,2	2,3	20,3	13,0	118	—5,2	4,4	22	15,7
status quo.	I	—	—	—	—	—	118	—	—	22	15,7
	II.	135,2	—1,8	1,3	19,8	12,7	116,6	1	0,8	23,4	16,7
	III.	125,4	—1,1	0,8	29,6	19,0	90,5	—		49,5	35,3
	Итогъ.	131,9	—1,5	1,2	23,1	14,9	110,2	1	0,9	29,8	21,2
ИСХ. НЕИЗВѢСТ.	I.	142,9	—	—	12,1	7,8	125,3	—		14,7	10,5
	II.	141,9	0,9	0,6	13,1	8,4	126,4	—	—	13,6	9,7
	III.	131,7	—1,3	2,4	23,3	15,0	111,1	—1,6	1,4	28,9	20,6
	Итогъ.	139,6	—0,5	0,4	15,4	9,9	123,3	—1,6	1,2	16,7	11,9
	Итогъ всѣхъ 3-хъ.	137,5	—3	2,2	17,6	11,3	120,4	—4,1	3,4	19,6	14,0
СМЕРТЬ.	II.	136,7	—0,8	0,6	18,3	11,8	131,5	0,2	0,1	8,5	6,0
	III.	133	—0,9	0,7	22	14,1	119,4	—0,4	0,3	20,6	14,7
	Итогъ.	134,4	—0,8	0,6	20,6	13,2	120,3	—0,3	0,3	19,7	14,2
	Итогъ всѣхъ 4-хъ.	136,3	—1,3	0,9	18,5	11,9	120,3	—1	0,9	19,7	14,2
	Общій итогъ всѣхъ исходовъ.	139,8	0,6	0,4	15	9,6	126,2	0,8	0,6	13,8	9,8

*) Этотъ отрицательный дефицитъ или излишекъ вѣса противъ нормальнаго относится къ двумъ тяжеловѣснымъ дамамъ и представляетъ единственное исключеніе изъ общаго правила.

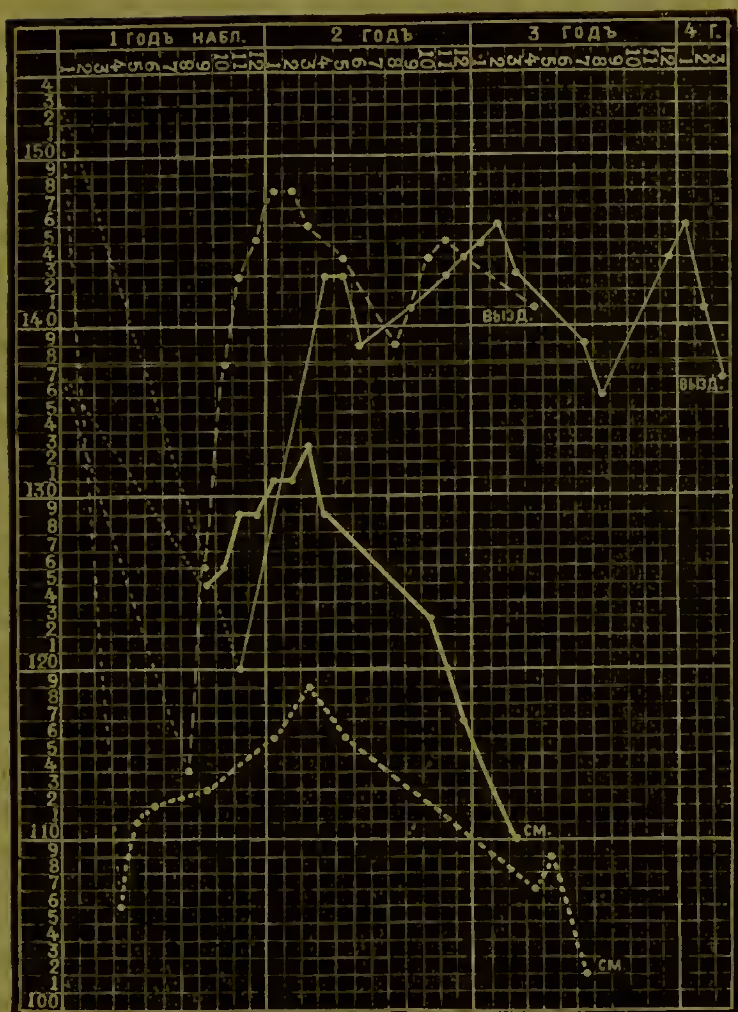
Изъ этихъ цифровыхъ данныхъ видно, что періоды болѣзни и исходы ея находятся въ прямой зависимости отъ вѣса больныхъ; вообще по періодамъ болѣзни дефицитъ вѣса въ % будетъ слѣдующій: у мущинъ 1-го пер. 5,2%, 2-го 9% и 3-го — 14,5%, по всѣмъ же періодамъ вмѣстѣ 10,2%; у женщинъ 1-го періода 8,2%, 2-го—7,5% и 3-го 10,5%, по всѣмъ же періодамъ—9,7%. Что касается исходовъ болѣзни, то по благопріятнымъ (выздор. и улучш.) дефицитъ получается вообще у мущинъ 8%, у женщинъ 11%; по неблагопріятнымъ же (остальные исходы) у мущинъ 11,9%, у женщинъ 14,2%. Цифры наибольшаго дефицита, получающагося при неблагопріятныхъ исходахъ болѣзни (у мущ. 18—19%, у женщ. 21 — 35%) близко подходятъ къ той потерѣ вѣса, какая была наблюдаема у животныхъ при голоданіи (отъ 23—30% при минеральномъ голоданіи у С. А. Лебедева [1]) и 39,7% у Шосса). Такъ какъ наши дефициты взяты по отношенію къ среднему вѣсу, а не дѣйствительному, и такъ какъ больные не были взвѣшены предъ самою смертью, то настоящее сопоставленіе мало имѣетъ значенія. Если судить на основаніи немногихъ имѣющихся у меня наблюденій, то больные, по всей вѣроятности, умираютъ отъ чахотки, не достигая той потери вѣса, какая получается предъ смертію у голодающихъ животныхъ. У 5 больныхъ 3-го періода за нѣсколько мѣсяцевъ до смерти я нашелъ среднюю потерю вѣса въ 16,2% (у 2 мущ. 15,5 и у 3-хъ женщ. 16,6%), по сравненію съ ихъ первоначальнымъ вѣсомъ въ здоровомъ состояніи; наибольшая потеря у одной женщины, получившей значительное улучшеніе, достигала 20,7%. Послѣдняя цифра, вѣроятно, близка къ настоящей средней, получающейся у больныхъ предъ смертью.

Руководясь вышеизложенными цифровыми данными, опредѣляющими результатъ взвѣшиванія по періодамъ и исходамъ болѣзни, можно получить понятіе о *вѣсовомъ теченіи* чахотки и графически изобразить типическую или идеальную *кривую вѣса*; послѣдняя близко будетъ подходить къ дѣйствительнымъ или индивидуальнымъ кривымъ, изъ которыхъ для примѣра привожу здѣсь четыре (двѣ для благопріятнаго исхода и двѣ для исхода смерть); въ вертикальномъ направленіи обозначены годы и мѣсяцы наблюденія, въ горизонтальномъ—вѣсъ въ фунтахъ, двумя тонкими чертами отмѣченъ средній вѣсъ женщины въ здоровомъ состояніи, черта-же, обозначающая средній же вѣсъ мущины совпадаетъ съ верхнею границею таблицы. Тонкимъ пунктиромъ отмѣченъ воображаемый, средній дефицитъ предъ началомъ наблюденій (время 1-го пріѣзда въ Крымъ). Кривыя, по порядку снизу вверхъ, принадлежатъ: первая (жирный пунктиръ)—Г-ну Б., вторая (длинныя черточки съ точками)—Г-жѣ З., третья (тонкая черта)—Г-ну М., четвертая (жирная черта)—Г-жѣ К.

---

[1]) Къ вопросу о минер. голоданіи. Врачъ, 85 г. № 2.

Таблица 62.



Мы видимъ, что лица, склонныя къ выздоровленію, скоро возвращаютъ большую часть утраченнаго вѣса и затѣмъ удерживаютъ его довольно упорно, мало удаляясь отъ нормальнаго средняго вѣса и даже иногда превышая его (женщина); обратное явленіе замѣчается у лицъ неблагонадежныхъ въ отношеніи исхода.

По моему мнѣнію, такія вѣсовыя курвы имѣютъ большое значеніе при леченіи чахотки, преимуществуя по своей вѣрности и простотѣ предъ всѣми другими измѣреніями и графически опредѣляя равнодѣйствующую разныхъ вліяній на больного. Обыкновенная бациллярная чахотка въ среднемъ выводѣ продолжается, какъ увидимъ ниже, 2—3 года и во все это время имѣетъ довольно правильное и типическое вѣсовое тече-

ніе, о которомъ даютъ понятіе вышеприведенныя среднія цифры взвѣшиванія по періодамъ болѣзни и исходамъ.

Сила сопротивленія болѣзни вообще зависитъ отъ вѣса, т. е. количества сопротивляющихся частицъ тѣла (при нѣкоторыхъ другихъ равныхъ условіяхъ). Исключенія изъ этого закона наблюдаются въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ больные еще въ 1-мъ періодѣ болѣзни теряютъ много вѣса, приближаясь къ среднему вѣсу больныхъ послѣдняго періода; въ такихъ случаяхъ, при благопріятныхъ внутреннихъ и внѣшнихъ условіяхъ, они быстро возвращаютъ утраченный вѣсъ къ великой радости ихъ самихъ и врача; тутъ вѣсовая прибыль нерѣдко получается тѣмъ большая, чѣмъ сильнѣе было исхуданіе. Кромѣ того исключенія бываютъ также у тѣхъ больныхъ, у которыхъ по какимъ либо причинамъ теченіе болѣзни является нетипическимъ, сокращеннымъ, напр. при остромъ ходѣ, продолжающемся $^1/_2$—$1^1/_2$ года; въ такихъ случаяхъ больные только изрѣдка и на короткое время поправляются (прибыль вѣса); обыкновенно же вѣсъ у нихъ прогрессивно падаетъ.

Слѣдовательно, успѣхъ леченія на Югѣ опредѣляется главнымъ образомъ степенью развитія и продолжительностію болѣзни (періоды). Выше мы видѣли, что изъ 100 больныхъ, пріѣзжающихъ на Югъ въ послѣднемъ періодѣ болѣзни, почти 45 (44%) также пріобрѣтаютъ прибыль въ вѣсѣ, иногда значительную, но чаще умѣренную; но такіе запасы непрочны и легко расходуются при всякомъ обострѣніи болѣзни, даже при умѣренной лихорадкѣ. Бываютъ случаи, что чрезъ нѣсколько недѣль больные начинаютъ постепенно худѣть, даже при отсутствіи лихорадки, вѣроятно, отъ самоотравленія бациллярнымъ ядомъ, непрерывно поступающимъ въ кровь. При серьезныхъ же ухудшеніяхъ, наступающихъ въ концѣ осени или весною, они скоро съѣдаютъ свои запасы и быстро приближаются къ роковому концу. Напримѣръ, при благопріятно протекающемъ кумысномъ леченіи больной въ короткое время пріобрѣтаетъ нѣсколько фунтовъ вѣсу, но этотъ запасъ питательнаго матеріала, кромѣ непрочности, отличается какъ бы своею меньшею доброкачественностью, что можно нерѣдко замѣтить уже по виду паціента и тонусу его мышицъ; тутъ скорѣе получается какъ бы паренхиматозное пропитываніе тканей питательною жидкостію, т. е. гидремическое состояніе. Больной остается вялымъ, слабымъ, видъ у него не столь бодрый, какъ у лицъ 1-го и 2-го періодовъ болѣзни. Такіе вѣсовые запасы часто непрочны и обманчивы.

2) **Отношеніе вѣса при хронической чахоткѣ.** Данныя взяты для ста случаевъ (53 мущ. и 47 женщ.), причемъ въ послѣднемъ столбцѣ средній вѣсъ больныхъ сопоставленъ съ таковымъ же здоровыхъ людей (дефицитъ):

Таб. 63

		мущины.				женщины.			
		Средн. вѣсъ.	Средн. оконч. прб.	Такая же въ %.	Дефиц. къ норм. вѣсу.	Средн. вѣсъ.	Оконч. средн. прб.	Такая же въ %.	Дефиц. къ норм. вѣсу.
I п.	Выздор. 8 м. и 19 ж.	141,8	10	7,0	8,5	124,8	7,2	5,7	9,5
II п.	Вызд. и улуч. 18 м. и 17 ж.	153,6	11,4	7,4	0,9	135,4	8,3	6,1	1,8
	Смерть 7 м. и 2 ж.	149	—10,8	7,2	3,8	124,5	+4,5	3,6	9,7
	Итогъ II п.	152	+ 2,6	1,7	1,9	134,2	7,8	2,0	2,7
III п.	Вызд. и улуч. 11 м. и 5 ж.	139	12	8,6	10,3	127,4	25,6	20,0	7,6
	Смерть 7 м. и 4 ж.	129,1	—10	—7,7	16,7	128,3	+3,3	2,5	7,0
	Итогъ III п.	135,8	+ 4,2	3,0	12,3	127,8	14,5	11,8	7,3
всѣ пер.	Вызд. и улуч. 39 м. и 41 ж.	145,5	11,6	7,9	6,1	129,6	9,5	7,3	6,0
	Смерть 14 м. и 6 ж.	139	—10,4	7,4	10,3	127	3,8	2,9	7,9
	Общ. итогъ.	143,5	+ 4	2,8	7,4	129,2	8,7	6,7	6,3.

Сравнивая эти данныя съ таковыми же для всѣхъ чахоточныхъ вообще, мы видимъ, что хроническіе фтизики по всѣмъ категоріямъ (періоды и исходы) обладаютъ большимъ вѣсомъ и, слѣдов., въ общемъ имѣютъ и дефицитъ (исхуданіе) меньшій; именно: средній вѣсъ ихъ больше на 3 ф., а дефицитъ меньше почти на 3%. Еще большее преимущество получается въ отношеніи окончательной прибыли вѣса, достигающей у обоихъ половъ 6,4 ф. (у мущ. 4,2, женщ. 8,7 ф.) вмѣсто общей для всѣхъ 2,5 ф. (у мущ. 1,9, женщ. 3,6 ф.). Такимъ образомъ при хронически протекающей чахоткѣ больные являются благоразумными хозяевами и капиталистами, имѣя достаточно и пріобрѣтая еще больше. Къ нимъ еще въ большей степени примѣнимъ вышеприведенный законъ: *сопротивленіе болѣзни пропорціонально массѣ тѣла.*

Въ этомъ заключается *одно изъ главныхъ условій излечимости болѣзни* или успѣшной борьбы съ нею; иначе и быть не можетъ, если примемъ во вниманіе, что вѣсъ тѣла (по измѣреніямъ д-ра Кербера надъ матросами) стоитъ въ тѣсной связи съ другими измѣреніями и что съ пониженіемъ его уменьшаются и остальные размѣры человѣка.

О *второмъ*, важномъ условіи излечимости была рѣчь выше (см. гл. III исходы болѣзни),—это *индувидуальная сопротивляемость*, мѣстная и общая, которая въ свою очередь слагается изъ нѣсколькихъ фактовъ,

каковы: условія проницаемости для заразы, функціональная энергія пищеваренія, быстрота общаго обмѣна и т. п.

Накопецъ *третье*, вѣроятное условіе успѣшности леченія — это большая или меньшая *ядовитость заразы*; иногда можно наблюдать, что, повидимому при одинаковыхъ внутреннихъ и внѣшнихъ условіяхъ, живой ядъ дѣйствуетъ сильнѣе или слабѣе. Возможно допустить (опираясь на опыты Пастера съ ослабленіемъ заразы нѣкоторыхъ микробныхъ болѣзней), что бациллы проникаютъ въ дыхательные пути иногда въ ослабленномъ видѣ. Кромѣ того можетъ быть ядовитость культуръ зависитъ и отъ локализаціи ихъ и большаго или меньшаго доступа кислорода (гортань, верхушки, корень легкихъ).—Такъ какъ два послѣднія условія отражаются на вѣсѣ, то послѣдній является самымъ важнымъ мѣриломъ для опредѣленія шансовъ.

д) **Отношеніе прибыли вѣса къ продолжительности леченія.** См: гл. XIV.

е) **Прибыль перваго и втораго мѣсяцевъ леченія.** У всѣхъ больныхъ, склонныхъ къ улучшенію, наибольшая прибыль вѣса получается почти всегда въ теченіи 1-го мѣсяца по пріѣздѣ на Югъ, благодаря рѣзкой перемѣнѣ условій жизни. Второй мѣсяцъ леченія даетъ меньше (въ среднемъ на 1 ф.); при дальнѣйшемъ пребываніи вѣсовой приростъ становится вообще тѣмъ меньше, чѣмъ больше получилось прибыли и чѣмъ болѣе больные приблизились къ своему первоначальному вѣсу въ здоровомъ состояніи (или къ среднему нормальному). Чтобы опредѣлить вліяніе времени года и погоды на вѣсовую прибыль, я взялъ всѣ первые и вторые по пріѣздѣ мѣсяцы. Данныя взяты для обоихъ половъ и всѣхъ періодовъ вмѣстѣ.

Таб. 64.

	Генв.	Февр.	Мартъ	Апр.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.
прибыль 1-го мѣс.	2,5	4,5	5,5	3,6	4,0	2,8	4,1	4,4	4,7	5,5	3,3	7.0
числ. сл.	4	4	16	9	30	27	25	43	100	36	9	4
прибыль 2-го мѣс.	6,5	3	2	2,7	4,5	2,2	3,3	4,3	3,7	4,6	4,0	4,0
числ. сл.	4	2	3	7	6	13	15	15	25	28	15	4

Мы видимъ, что во 1-хъ первый мѣсяцъ леченія почти вездѣ превышаетъ второй по прибыли (исключенія являются только при маломъ числѣ случаевъ); во 2-хъ что наибольшая прибыль падаетъ на октябрь и вообще осенніе мѣсяцы пріѣзда. Если изъ первыхъ и вторыхъ мѣся-

цевъ леченія составить годъ, то получимъ 4,4 ф. для перваго года и 3,7 ф. для второго, слѣдов., вообще второй мѣсяцъ леченія даетъ прибыли почти на 1 ф. меньше. Интересно, что то же относится и къ получаемой убыли: первый мѣсяцъ (составленный также изъ всѣхъ мѣсяцевъ года) даетъ—4,8 ф., второй—3,6 ф. (185 случ.). *Теплое полугодіе* (съ Апр. по Сент.), составленное изъ первыхъ мѣсяцевъ леченія, даетъ прибыли 4,2 ф., *холодное* (съ Окт. по Мартъ) 5,1 ф., что частью зависитъ отъ малаго числа случаевъ, а частью отъ другой причины, о которой рѣчь впереди. *Теплое* полугодіе, составленное изъ вторыхъ мѣсяцевъ, даетъ прибыли въ среднемъ 3,0 ф., *холодное*—4,3 ф.

ж) **Колебанія прибыли вѣса по мѣсяцамъ и временамъ года.** Относящіяся сюда интересныя данныя я представлю во II ч. въ гл. о климатѣ.

XI. ВОЗРАСТЪ.

Мы будемъ разсматривать возрастъ въ 3-хъ различныхъ отношеніяхъ или фазахъ болѣзни; во 1-хъ *возрастъ болѣзни*, т. е. тотъ, въ которомъ больные пріѣзжали на Югъ и впервые были вписаны въ журналы; во 2-хъ возрастъ заболѣванія или *начала болѣзни* и наконецъ, въ 3-хъ *возрастъ смерти.*

Начнемъ съ перваго. Статистическія данныя этого рода обстоятельно и давно разработаны другими авторами, а потому я не считаю нужнымъ долго на нихъ останавливаться, тѣмъ болѣе, что мои данныя почти не прибавляютъ къ нимъ ничего новаго. Вотъ таблица *возраста болѣзни*, по пятилѣтіямъ для всей тысячи больныхъ, въ процентахъ:

Таб. 65-я.

	муж.	жен.	оба п.
12—15	0,8	2,8	1,6
15—20	11,5	17,2	13,7
20—25	21,1	24,3	22,6
25—30	25,5	27,5	26,3
30—35	16,3	12,7	15,0
35—40	10,2	10,0	10,2
40—45	8,0	1,0	5,4
45—50	3,3	1,8	2,8
50—55	1,9	0,7	1,5
55—60	0,9	0,7	0,9

Слѣдовательно, возрастъ наибольшей частоты болѣзни у обоихъ половъ 25—30 л., или, вообще, въ третьемъ десятилѣтіи (46,6 у мущинъ и 51,8 у женщинъ); вверхъ и внизъ количество заболѣваній значительно уменьшается. Съ этимъ совпадаютъ данныя и другихъ авторовъ. Такимъ образомъ, по моимъ статистическимъ даннымъ, почти $^1/_2$ (48,9) всѣхъ заболѣваній падаетъ на возрастъ 20—30 л.. У Lebert'a [1]) проценты по соотвѣтствующимъ возрастамъ, вѣроятно, только потому оказываются меньшими (maxim. 31$^0/_0$ отъ 20—30 л.), что у него въ статистику вошли и дѣтскіе годы, между тѣмъ какъ у меня данныя взяты съ 12-ти лѣтняго возраста.

а) **Отношеніе возраста къ періодамъ болѣзни** явствуетъ изъ слѣдующей таблицы, составленной для обоихъ половъ по пятилѣтіямъ.

Табл. 66.

	I.			II.			III.		
	м.	ж.	оба п.	м.	ж.	оба п.	м.	ж.	оба п.
14—15	0,4	1,8	2,8	0,16	—	0,2	0,16	5,2	2,1
15—20	6,0	10,0	21,2	3,5	3,7	8,7	1,9	17,1	10,8
20—25	5,6	11,4	21,8	8,9	8,7	21,3	6,5	23,7	25,5
25—30	7,2	13,5	26,8	11,7	18,4	25,4	6,5	27,6	26,8
30—35	4,0	5,5	12,8	8,6	5,3	17,9	3,6	9,2	12,9
35—40	2,2	4,5	8,6	5,4	3,1	11,1	2,5	11,7	10,8
40—45	1,4	0,7	3,3	4,1	—	6,3	2,4	1,3	7,9
45—50	0,8	0,7	2,2	2,0	0,5	3,6	0,4	2,6	2,1
50—55	—	—	—	1,7	0,7	3,3	0,16	—	0,4
55—62	—	—	—	0,6	0,5	1,4	0,3	1,3	1,2
	27,9	48,5	35,7	47,1	31,3	41,2	24,8	20,1	23,1

При сопоставленіи этихъ чиселъ съ предъидущей таблицей можно видѣть, что періоды болѣзни почти не стояли въ зависимости отъ возраста больныхъ. А priori можно было думать, что число больныхъ въ двухъ послѣднихъ періодахъ болѣзни должно было увеличиваться съ возрастомъ въ болѣе значительной степени.

б) **Отношеніе возраста къ исходамъ болѣзни.** Данныя взяты для обоихъ половъ совмѣстно:

---

[1]) Lebert op. c. s. 460.

Табл 67.

	Выздор. и улучш.	Ухудш. и проч.	Смерть
14—15	1,8	0,6	2,6
15—20	14,5	13,0	9,7
20—25	22,0	21,3	26,5
25—30	26,5	25,4	30,0
30—35	15,1	17,5	7,9
35—40	9,4	11,6	10,6
40—45	5,3	5,4	5,3
45—50	2,3	3,4	3,5
50—55	1,8	0,6	1,7
55—62	1,0	0,3	1,7
	59,6	29,1	11,3

Мы видимъ, что цыфры двухъ первыхъ исходовъ болѣзни почти совпадаютъ съ данными двухъ предъидущихъ таблицъ и только въ исходѣ смерть усматривается разница, о которой будетъ рѣчь ниже. Наибольшая цыфра смертности падаетъ на возрастъ наибольшей частоты болѣзни (20—30 л.), причемъ $^0/_0$ смертности на 7,5 превышаетъ заболѣваемость въ этомъ же возрастѣ.

в) **Отношенiе возраста къ кровохарканiю.** См. главу о кровохарканiи.

г) **Отношенiе возраста при хронической чахоткѣ.** Данныя взяты для ста случаевъ и сопоставлены съ исходами:

Табл. 68.

	Выздор.	Смерть	Выздор.	Смерть	Выздор.	Смерть
	мущ.		жен.		оба пола	
14—15	2,5	—	—	16,6	1,2	5
15—20	15,3	7,1	21,9	—	18,7	5
20—25	20,5	21,4	21,9	33,3	21,2	25
25—30	15,3	21,4	31,7	33,3	23,7	25
30—35	20,5	21,4	17	16,6	18,7	16
35—40	12,8	28,5	2,4	—	7,5	16
40—45	5,1	—	4,8	—	5	—
45—50	5,1	—	—	—	2,5	—
50—58	2,5	—	—	—	1,2	—

Изъ этой таблицы между прочимъ видно, что maximum смертности при хронически протекающей чахоткѣ у мущинъ (28,5) отодвинулся ниже на цѣлыя 10 лѣтъ (35—40 л.).

д) **Возрастъ начала болѣзни и конца** (смерти). Первый—я получилъ для 663-хъ больныхъ, вычитая число лѣтъ продолжительности болѣзни изъ того возраста, въ которомъ больные явились на Югъ. По самому способу полученія эти данныя не могутъ быть на столько точными, какъ цифры возраста болѣзни и смерти; часто больные считаютъ начало своей болѣзни нѣсколько позже, чѣмъ оно бываетъ въ дѣйствительности, но тѣмъ не менѣе въ среднемъ выводѣ эти данныя оказались удовлетворительными, какъ увидимъ ниже при сопоставленіи ихъ съ возрастомъ смерти. Что касается послѣдняго, то данныя я заимствовалъ изъ церковныхъ метрическихъ книгъ за 11 лѣтъ (съ 1873—1883 гг.), такъ какъ моихъ собственныхъ недостаточно (изъ 1000 больныхъ умерло, какъ мы видѣли, 113 человѣкъ). По записямъ двухъ существующихъ въ Ялтѣ церквей оказалось умершихъ въ теченіи 11 лѣтъ отъ чахотки 589 лицъ всѣхъ христіанскихъ исповѣданій, изъ нихъ 62 мѣстныхъ жителя. Что касается возможности ошибокъ въ наименованіи болѣзни, то она мало вѣроятна, во 1-хъ, потому что пріѣзжающіе въ Крымъ лишь крайне рѣдко умираютъ здѣсь отъ другихъ болѣзней, а во 2-хъ, въ большинствѣ случаевъ духовенство не хоронитъ умершихъ безъ записки пользовавшаго врача.

Сопоставимъ прежде всего для каждаго года отдѣльно возрастъ начала болѣзни, продолженія и конца ея въ % и для обоихъ половъ особо. Нижеслѣдующая таблица послужитъ матеріаломъ для нѣкоторыхъ интересныхъ выводовъ и графическихъ кривыхъ:

Табл. 69.

Лѣта.	мущины. Заболѣв.	Болѣзнь.	Смерть.	женщины. Заболѣв.	Болѣзнь.	Смерть.	въ % оба пола. Заболѣв.	Болѣзнь.	Смерть.
12	0,4	—	—	2,6	—	—	1,1	—	—
13	0,4	—	—	1,7	—	—	0,8	—	—
14	1,4	0,4	—	1,7	1,3	2,1	1,5	0,8	0,6
15	1,7	0,3	—	2,6	1,5	0,5	2	0,8	0,1
16	2,7	1,2	0,2	4,8	0,7	1	3,4	1,1	0,5
17	3,8	1,4	1,9	4,3	4,7	3,1	4	2,7	2.3
18	3,1	2,8	1,4	5,2	4.2	3,1	3,8	3,4	2
19	4,2	3,2	1,7	3	2,6	4,2	3,8	3	2,5
20	5,5	2,7	1,4	5,7	4,7	1	5,5	3,5	1.3

Лѣта.	Мущины. Заболѣв.	Мущины. Болѣзнь.	Мущины. Смерть.	Женщины. Заболѣв.	Женщины. Болѣзнь.	Женщины. Смерть.	Въ % оба пола. Заболѣв.	Въ % оба пола. Болѣзнь.	Въ % оба пола. Смерть.
21	5,9	3,3	3,2	7	4,5	4,2	6,3	3,8	3,5
22	4,2	3,8	4,2	7,4	3,9	6,3	5,3	3,2	4,9
23	5,5	4,9	3,7	4,8	5,3	7,4	5,3	5,1	4,9
24	5,9	4,6	4,2	5,2	5,5	5,2	5,4	5	4,5
25	4,2	4,3	5,2	4,3	5,5	3,7	4,3	4,8	4,7
26	4,2	4,6	4,7	6,5	4,7	5,2	5	5,7	4,9
27	6,8	4,	5,4	7,8	5,3	3,7	7,1	4,5	4,9
28	3,8	5,4	3,2	5,2	4,2	4,2	4,3	5	3,5
29	5,3	4,3	1,7	2,1	3,4	3,7	4,3	4	2,3
30	2,7	7,	6,4	1,3	7,1	8,9	2,2	7,1	7,1
31	2,5	3,3	2,7	2,6	1,3	1,5	2,5	2,6	2,3
32	2,7	4,3	4,9	2,1	3,9	4,2	2,5	4,2	4,7
33	3,1	2,8	2,7	1,3	3,4	2,6	2,5	3,1	2,7
34	1,7	2,2	1,4	2,6	2,1	1	2	2,2	1,3
35	1,9	3,5	3,7	1,3	1,8	3,1	1,4	2,9	3,5
36	1,2	2,5	2,7	1,7	2,3	1,5	1,4	2,5	2,3
37	1,7	1,7	3,9	—	3,7	3,1	1,1	2,5	3,7
38	1,4	2,5	3,7	0,8	0,7	2,1	1,2	2	3,2
39	1,2	1,4	1,7	1,3	0,5	0,5	1,2	1,1	1,3
40	1,2	1,9	0,9	—	2,3	1	0,8	2,1	1,0
41	2,5	1,6	1,4	—	0,5	0,5	1,4	1,2	1,1
42	0,4	2,2	2,2	0,8	0,2	2,1	0,5	1,5	2,2
43	0,2	1,6	2,2	—	0,2	0,5	0,1	1,1	0,3
44	0,4	1,4	0,7	—	—	—	0,2	0,9	0,5
45	0,8	1,1	3,7	0,4	—	1,5	0,7	0,7	3
46	0,8	0,9	1,2	—	0,5	—	0,5	0,7	0,8
47	0,2	—	0,9	0,4	0,5	0,5	0,2	0,2	0,8
48	0,2	0,9	1,7	—	0,5	0,5	0,1	0,7	1,3
49	0,8	0,4	1,4	—	0,2	0,5	0,5	0,4	1,1
50	0,4	1,2	0,9	—	—	0,5	0,2	0,8	0,8
51	0,2	0,4	0,7	—	0,5	—	0,1	0,5	0,5
52	0,2	0,3	1,7	—	—	0,5	0,1	0,2	0,3
53	—	0,6	—	—	—	0,5	—	0,4	0,1
54	0,2	0,3	0,4	—	—	0,5	0,1	0,2	0,5
55	0,2	0,1	1,4	—	0,2	0,5	0,1	0,2	1,1
56	—	0,4	—	—	—	—	—	0,3	—
57	—	—	0,2	—	0,2	—	—	0,1	0,1
58	—	0,1	0,2	—	—	—	—	0,1	0,1
59	0,2	—	0,2	—	0,2	—	—	0,1	0,1
60	—	0,1	0,4	—	0,2	—	—	0,2	0,3
61	—	—	—	—	—	0,5	—	—	0,1
62	—	0,1	0,2	—	—		—	0,1	0,1
63	—	—	0,4	—	—		—	—	0,3
64	—	—	—	—	—	0,5	—	—	0,1
65	—	—	0,2	—	—	—	—	—	0,1
67	—	—	0,2	—	—	—			0,1

Для большей наглядности нѣкоторыхъ отношеній приведемъ тѣже данныя по пятилѣтіямъ:

Табл. 70.

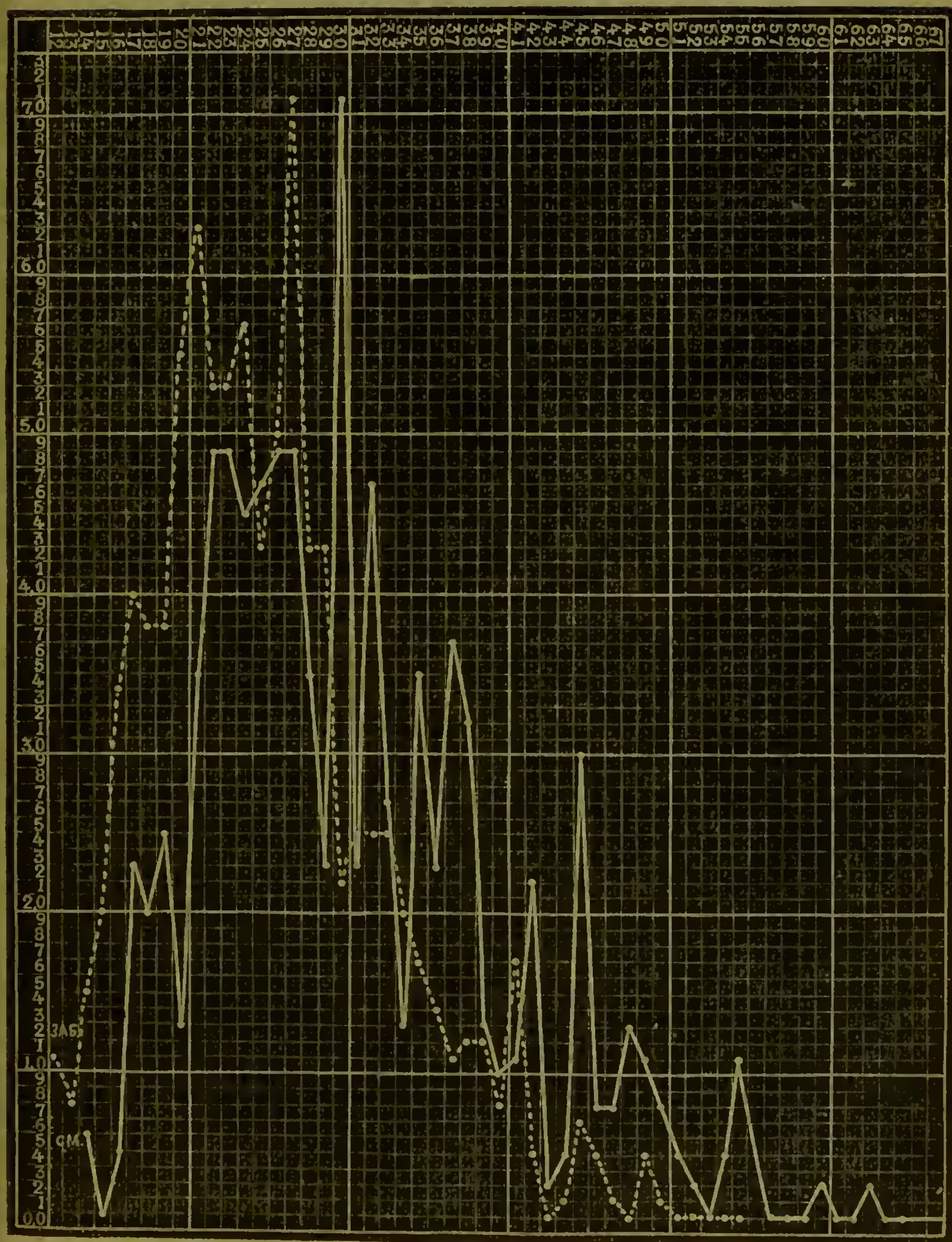
Возрастъ по 5 л.	Мущины. Возрастъ заболѣв.	Возрастъ болѣзни.	Возрастъ смерти.	Женщины. Начало болѣзни.	Возрастъ болѣзни.	Возрастъ смерти.
12—15	4,0	0,8	—	8,7	2,8	2,6
15—20	19,6	11,5	6,9	25,8	17,2	12,7
20—25	26,0	21,1	20,6	28,9	24,3	27,1
25—30	23,0	25,5	21,4	22,8	27,5	26,0
30—35	12,1	16,3	15,7	10,0	12,7	12,7
35—40	7,0	10,2	13,2	3,9	10,0	8,4
40—45	4,4	8,0	8,4	1,3	1,0	4,7
45—50	2,5	3,3	6,4	0,4	1,8	2,1
50—55	0,8	1,9	4,4	—	0,7	2,1
55—60	0,2	0,9	1,2	—	0,7	—
60—67	—	—	1,2	—	—	1,0

Разсматривая приведенныя таблицы, видимъ, что 1-хъ, наибольшее число заболѣваній (начала болѣзни) у обоихъ половъ падаетъ на 27 годъ жизни, а maximum смертности на 30-й, такъ что оба эти года загадочно роковымъ образомъ отличаются отъ другихъ. Этотъ фактъ вмѣстѣ съ тѣмъ частью подтверждаетъ, что средняя продолжительность русской чахотки равняется 3 годамъ. (См. главу о продолжительности болѣзни).

Во 2-хъ (см. табл. 70), у обоихъ половъ начало болѣзни чаще всего (26% у мущинъ и 28,9% у женщинъ) падаетъ на возрастъ 20—25 л.; наибольшая же смертность у мущинъ бываетъ въ 25—30 л. (21,4), а у женщинъ (27,1) пятилѣтіемъ раньше, вслѣдствіе болѣе ранняго заболѣванія. Такимъ образомъ, въ эпоху наибольшаго физическаго развитія (20—30 л.) приходится максимальное число заболѣваній (49% у мущинъ) и смертности (42% для мущинъ и 53,1% для женщинъ); исключеніе замѣчается только для заболѣванія у женщинъ (maximum—54,7%—отъ 15—25 л.). Для того чтобы сдѣлать нагляднымъ отношеніе между началомъ болѣзни и смертью, представляю слѣдующую кривую для обоихъ половъ совмѣстно; пунктиромъ изображена кривая смертности, въ вертикальномъ направленіи проценты.

Таблица 71.

Возрастъ заболѣванія и смерти у обоихъ половъ вмѣстѣ.



Обѣ кривыя идутъ параллельно на довольно правильномъ разстояніи, дающемъ понятіе о продолжительности всей болѣзни, причемъ заболѣваніе господствуетъ надъ смертностью; съ 30 лѣтняго возраста отношеніе становится обратнымъ:—заболѣваніе довольно правильно уменьшается, немного усилившись на 41 году и принявши довольно постоянный характеръ; на шестомъ десяткѣ жизни оно дѣлается минимальнымъ и постояннымъ. Явственное паденіе заболѣванія съ 4-го десятилѣтія скорѣе объясняется не уменьшеніемъ воспріимчивости къ болѣзни, а тѣмъ, что предрасположенныя къ зараженію лица успѣваютъ уже раньше подвергнуться ему. Что касается смертности, то послѣ крайняго максимума на 30 году она болѣе медленно и скачками понижается, увеличиваясь черезъ довольно правильные промежутки и достигая минимальнаго постоянства лишь съ половины 6-го десятка жизни. Замѣчательно, что какъ начало болѣзни, такъ въ особенности смертность въ извѣстныхъ предѣлахъ усиливаются черезъ довольно правильные періоды времени (чаще всего около 3-хъ лѣтъ); этотъ фактъ говоритъ за то, что воспріимчивость къ болѣзни имѣетъ какъ бы перемежающійся характеръ. При большемъ числѣ наблюденій это интересное явленіе, можетъ быть, получило бы особенное значеніе для уясненія характера и хода болѣзни.

Считаю нужнымъ изобразить графически также заболѣваніе и смертность у обоихъ половъ отдѣльно.

Таблица 72.

Возрастъ заболѣванія и смерти у мущинъ.

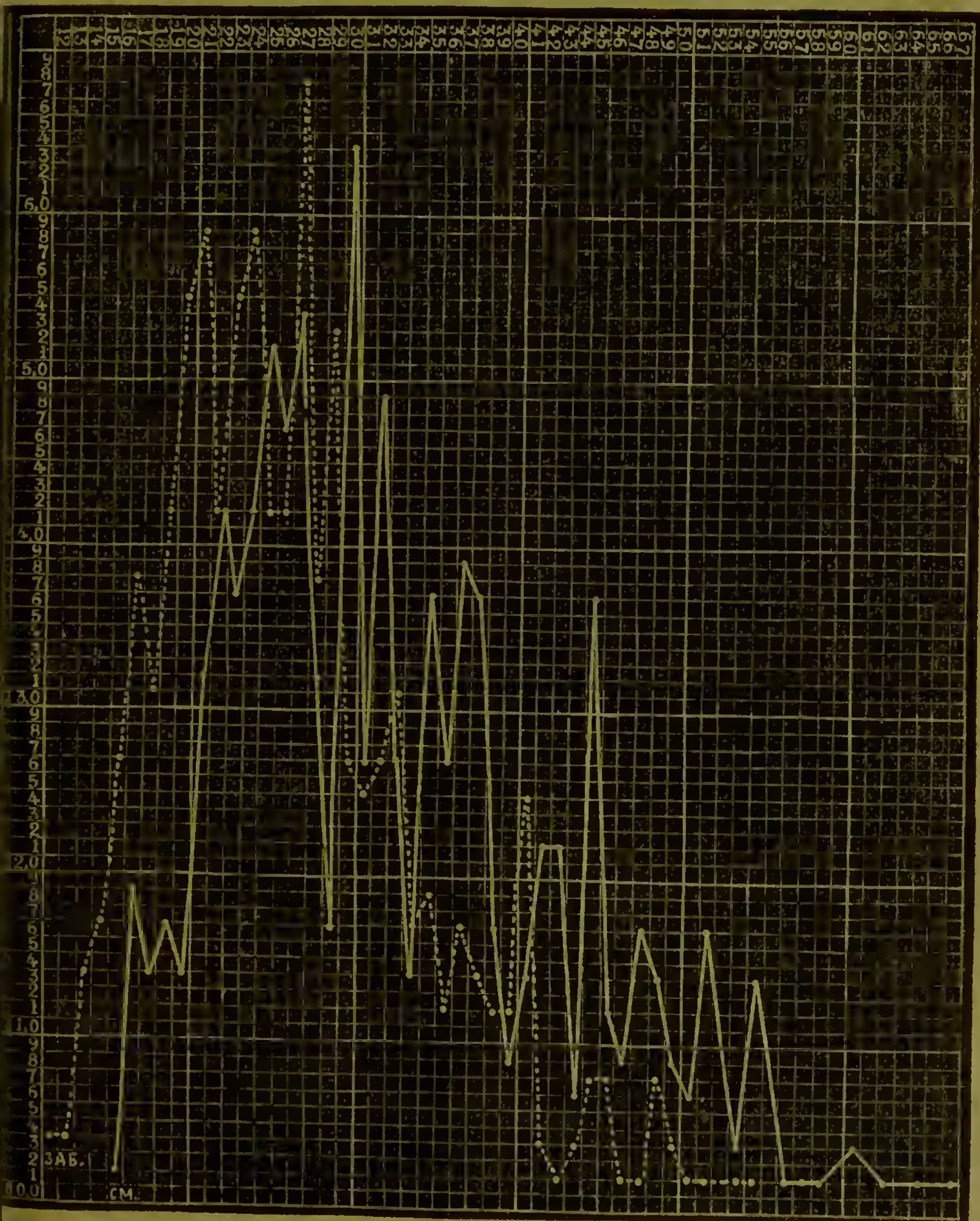
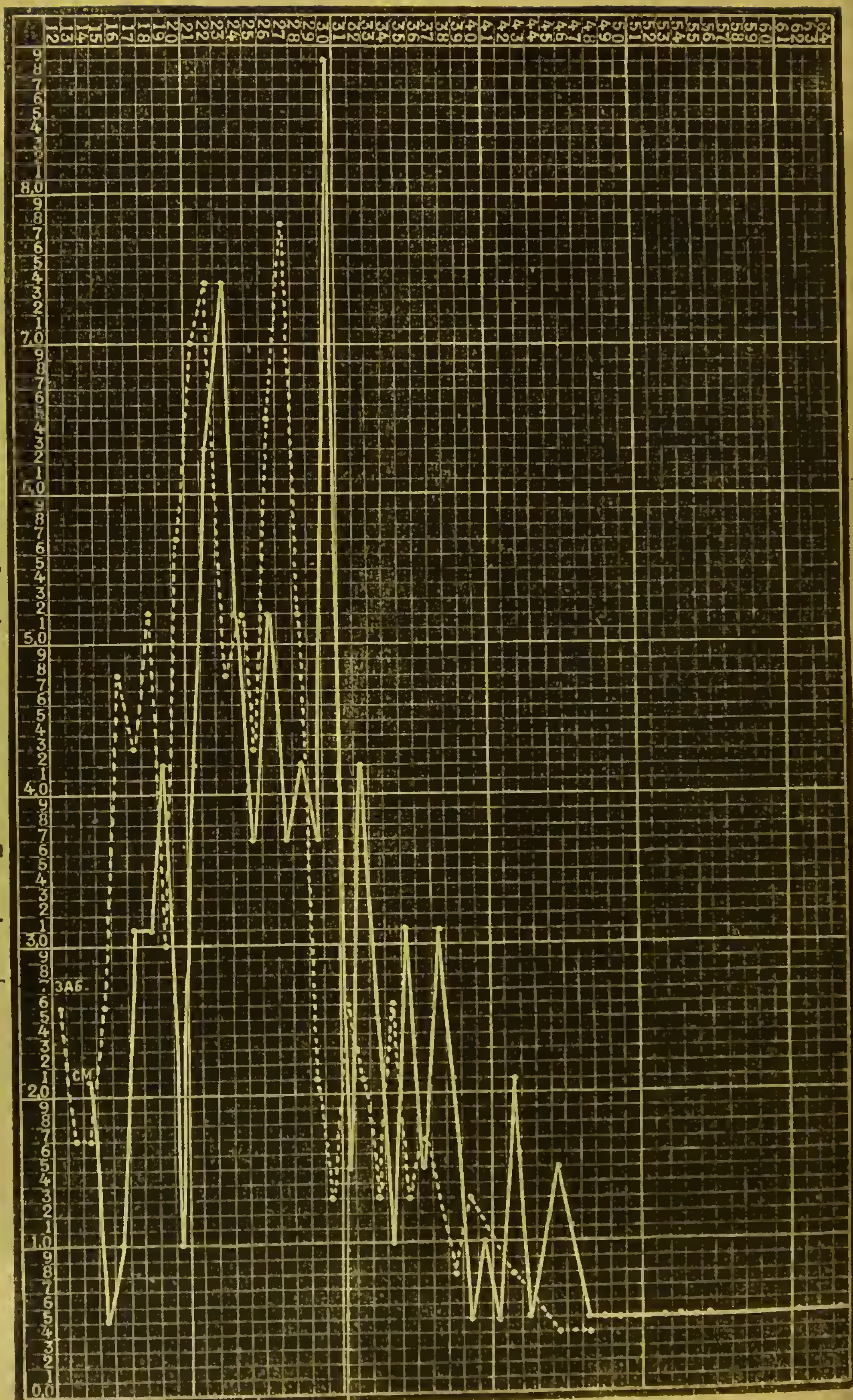


Таблица 73.



Изъ этихъ кривыхъ видно, что ходъ смертности у обоихъ половъ неодинаковъ. Раньше подвергаясь заболѣванію, женщины и умирать начинаютъ соотвѣтственно раньше, чѣмъ мущины, получая первый максимумъ уже на 23 году; у мущинъ этого максимума нѣтъ, или вѣрнѣе, онъ является 3-мя годами позже и на 2°/₀ меньше женскаго. Второй наивысшій максимумъ у обоихъ половъ падаетъ на 30-й годъ, причемъ у мущинъ онъ опять значительно меньше (на 2, 5°/₀); съ 31-го года отношеніе становится обратнымъ: мужская смертность постоянно превышаетъ женскую. Съ 47 года (съ потерей регулъ?) смертность у женщинъ получаетъ минимальное постоянство, котораго мущины достигаютъ только спустя 10 лѣтъ (на 57 году). У мущинъ заслуживаетъ вниманія еще одиноко стоящій максимумъ 45-го года.—Интересно также отношеніе возраста заболѣванія у обоихъ половъ; у женщинъ съ 28-го года °/о заболѣванія быстро падаетъ до минимума, у мущинъ онъ понижается лишь медленно, по временамъ увеличиваясь (29, 33 и 41 годы).

XII. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНІЕ.

Приведемъ статистическія данныя о заболѣваемости холостыхъ, женатыхъ, дѣвицъ, замужнихъ и т. д., а потомъ, сопоставивши ихъ съ возрастомъ и исходами болѣзни, попытаемся опредѣлить отношеніе семейнаго положенія къ частотѣ заболѣванія и исходамъ болѣзни. Помѣщеніе подробныхъ и можетъ быть утомительныхъ таблицъ, сюда относящихся, я желалъ бы оправдать отсутствіемъ въ литературѣ подобнаго рода данныхъ.

Для обработки взято 347 мущинъ и 305 женщинъ; первые распредѣляются такъ: холостыхъ 178 (51,2,) женатыхъ 164 (47,2), вдовцовъ 5 (1, 4); изъ лицъ женскаго пола: дѣвицъ 97 (31,8), замужнихъ 190 (62, 2) и вдовъ 18 (5,9). По періодамъ болѣзни они распадаются слѣдующимъ образомъ въ °/₀:

Таб. 74-я.

	(178) холост.	(164) женат.	(5) вдовцы	(97) дѣвицы	(190) замуж.	(18) вдовы
I	32	26,2	20	53,6	50,5	55,5
II	41	48,1	80	20,6	33,6	16,2
III	26,9	25,6	—	25,1	15,7	27,7
	51,2	47,2	1,4	31,8	62,2	5,9

Если взять $^0/_0$ къ суммѣ каждаго періода, то получимъ:

Таб. 75-я.

	число случ.	холост.	женат.	вдовцы	число случ.	дѣвицы	замуж.	вдовы.
I	(101)	50,5	42,5	0,9	(158)	32,9	60,7	6,3
II	(156)	46,7	50,6	2,5	(87)	22,9	73,5	3,4
III	(90)	53,3	46,6	—	(60)	41,6	50	8,3

Отношеніе семейнаго положенія къ *исходамъ* болѣзни явствуетъ изъ слѣдующей таблицы:

Таб. 76-я

	(178) холост.	(164) женат.	(5) вдовц.	(97) дѣвиц.	(190) замуж.	(18) вдовы.
Вызд. и улучш.	56,7	69,5	60	67	65,7	83,3
Смерть	24,1	9,1	20	12,3	6,3	5,5
Ухудш., Stat. quo и исходъ неизв.	19,1	21,3	20	20,6	27,8	11,1

Изъ всѣхъ 218 выздоровѣвшихъ и получившихъ улучшеніе мущинъ,—холостыхъ приходится 46,3%, женатыхъ 54,1 и вдовцовъ 13,7; изъ 59 умершихъ-холостыхъ 72,8, женатыхъ 25,4 и вдовцовъ 16,9; изъ 7[illegible] получившихъ ухудшеніе и т. д.—холостыхъ 48,5, женатыхъ 50,0 и вдо[illegible]цовъ 1,4. Для женщинъ изъ 205 выздоровленій и ухудшеній,-дѣвиц[illegible] 31,7, замужнихъ 60,9 и вдовъ 7,3; изъ 25 умершихъ,-дѣвицъ и заму[illegible]нихъ по 48$^0/_0$ и вдовъ 4%; наконецъ, изъ 75 получившихъ ухудшеніе [illegible] проч.—дѣвицъ 26,6, замужнихъ 71,3 и вдовъ 2,6

Для того, чтобы опредѣлить, насколько приведенныя цифровыя отн[illegible]шенія зависятъ отъ возраста больныхъ и на сколько отъ того или др[illegible]гаго ихъ семейнаго положенія, мы сопоставимъ въ нижеслѣдующихъ та[illegible]лицахъ исходы болѣзни и семейное положеніе съ возрастомъ для кажд[illegible]го года отдѣльно и по пятилѣтіямъ; сначала приведемъ таблицу въ чи[illegible]лахъ для каждаго года особо.

Таб. 77-я.

	холостые				женатые				дѣвицы				замужнія			
	Выздор. и улучш.	Смерть.	Ухудш., stat. quo., смерть и пр.	Итогъ.	Выздор. и улучш.	Смерть.	Ухудш., смерть и пр.	Итогъ.	Выздор. улучш.	Смерть.	Ухудш. смерть и пр.	Итогъ.	Выздор. улучш.,	Смерть.	Ухудш. смерть и пр.	Итогъ.
14	2	—	1	3	—	—	—	—	2	2	3	5	—	—	—	—
15	2	—	—	2	—	—	—	—	5	1	1	6	—	—	—	—
16	4	—	—	4	—	—	—	—	3	—	—	3	—	—	—	—
17	7	1	2	9	—	—	—	—	6	1	9	15	1	—	1	2
18	12	1	2	14	—	—	—	—	7	—	3	10	3	—	—	3
19	5	3	7	12	1	—	—	1	7	1	2	9	—	—	1	1
20	3	2	4	7	1	—	1	2	4	—	—	4	5	1	3	8
21	5	2	2	7	1	—	1	2	7	1	3	10	5	—	1	6
22	8	—	2	10	4	1	1	5	4	—	1	5	5	1	3	8
23	7	4	5	12	4	—	—	4	3	1	2	5	6	—	2	8
24	2	4	9	11	5	—	—	5	2	2	3	5	8	4	6	14
25	6	5	10	16	3	—	2	5	5	—	—	5	6	—	2	8
26	6	4	6	12	4	1	1	5	3	3	4	7	11	—	4	15
27	2	3	3	5	5	1	2	7	2	—	—	2	9	1	4	13
28	3	2	3	6	7	1	2	9	—	—	—	—	8	1	3	11
29	1	3	5	6	6	—	4	10	1	—	—	1	8	—	2	10
30	3	4	5	8	14	2	6	20	1	—	—	1	11	—	5	16
31	1	1	3	4	4	—	3	7	—	—	1	1	1	—	1	2
32	7	—	2	9	4	1	1	5	2	—	—	2	5	—	5	10
33	1	—	1	2	4	1	3	7	—	—	—	—	9	1	4	13
34	2	—	—	2	1	—	2	3	1	—	—	1	2	—	2	4
35	7	—	—	7	4	—	3	7	—	—	—	—	3	—	1	4
36	—	—	—	—	5	—	2	7	—	—	—	—	3	—	4	7
37	1	—	—	1	4	—	—	4	—	—	—	—	4	—	5	9
38	3	1	1	4	3	—	1	4	—	—	—	—	2	1	1	3
39	—	1	1	1	3	1	2	5	—	—	—	—	1	—	—	1
40	—	—	—	—	4	1	2	6	—	—	—	—	5	1	2	7
41	—	—	—	—	2	—	1	3	—	—	—	—	1	—	—	1
42	—	1	1	1	4	1	2	6	—	—	—	—	1	—	—	1
43	—	—	1	1	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
44	—	—	—	—	3	—	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—
45	—	1	1	1	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
46	—	—	—	—	3	1	1	4	—	—	—	—	—	1	2	2
48	1	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1
49	—	—	—	—	1	1	1	2	—	—	—	—	1	—	—	1
50	—	—	—	—	2	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
51	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
52	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
53	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
54	—	—	—	—	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
58	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	101	43	77	178	114	15	50	164	65	12	32	97	125	12	65	190

Приведемъ тѣже данныя по пятилѣтіямъ, причемъ проценты возьмемъ къ суммѣ каждаго исхода болѣзни всякаго семейнаго положенія отдѣльно (для исхода смерть кромѣ того % выдѣлены особо).

Таблица 78.

	ХОЛОСТЫЕ				ЖЕНАТЫЕ				ДѢВИЦЫ				ЗАМУЖНІЯ			
	Число случ.	Выздоров. и улучшен.	Смерть.	Ухудшеніе смерть и пр.	Число случ.	Выздоров. и улучшен.	Смерть.	Ухудшеніе смерть и пр.	Число случ.	Выздоров. и улучшен.	Смерть.	Ухудшеніе смерть и пр.	Число случ.	Выздоров. и улучшен.	Смерть.	Ухудшеніе смерть и пр.
13—15	5	80	—	20	—	—	—	—	11	63,6	27,2	36,3	—	—	—	—
15—20	46	67,3	15,2	32,6	3	66,6	—	33,3	41	65,8	4,8	34,1	14	64,3	7,1	35,7
20—25	56	50	26,7	50	21	80,9	4,7	19	30	70	13,3	30	44	68	11,3	31,8
25—30	37	40,5	43,2	59,5	51	70,6	9,8	29,4	11	63,6	27,2	36,3	65	72,3	3	27,6
30—35	24	75	4,1	25	29	58,9	6,9	41,1	4	75	—	25	33	60,6	3	39,3
35—40	6	66,6	33,3	33,3	26	73	7,6	26,9	—	—	—	—	27	55,4	7,4	44,4
40—45	3	—	66,6	100	18	61,1	16,6	38,8	—	—	—	—	2	100	—	—
45—50	1	100	—	—	10	70	20	30	—	—	—	—	4	50	25	50
50—58	—	—	—	—	6	83,3	—	16,6	—	—	—	—	1	—	—	100
Въ итогѣ % къ суммѣ исхода кажд. сем. полож.	178	56,7	24,1	43,2	164	69,9	9,1	30,4	97	67	12,3	32,9	190	65,7	6,3	34,2

Для большей наглядности приведемъ еще проценты ко всей суммѣ исхода каждаго семейнаго положенія.

Таблица 79.

	Мужчины.									Женщины.								
	Вызд. и улучш.			Ухудш., смерть, stat. quo и неизв.			Смерть отдѣльно.			Вызд. и улучш.			Ухудш., смерть, stat. quo и неизв.			Смерть особо.		
	хол. 178	жен. 164	вдов. 5	хол.	жен.	вдов.	хол.	жен.	вдов.	дѣв. 97	зам. 190	вдов. 18	дѣв.	зам.	вдов.	дѣв.	зам.	вдов.
13—15	2,2	—	—	0,5	—	—	—	—	—	7,2	—	—	4,1	—	—	3	—	—
15—20	17,4	1,2	—	8,4	0,6	—	3,9	—	—	27,8	4,7	—	14,4	2,6	—	2	0,5	—
20—25	15,6	10,3	—	15,6	2,4	—	8,4	0,6	—	21,6	15,7	—	9,2	7,3	—	4,1	2,6	—
25—30	8,4	21,9	20	12,3	9,1	—	8,9	3	—	7,2	24,6	27,7	4,1	9,4	11,1	3	1	—
30—35	10,1	10,3	20	3,3	7,3	—	0,5	1,2	—	3	10,5	27,7	1	6,8	—	—	0,5	—
35—40	2,2	11,5	—	1,1	4,2	—	1,1	1,2	—	—	7,8	5,5	—	6,3	—	—	1	—
40—45	—	6,7	20	1,6	4,2	—	1,1	1,8	—	—	1	11,1	—	—	—	—	—	—
45—50	0,5	4,2	—	—	1,8	20	—	1,2	—	—	1	11,1	—	1	—	—	0,5	—
50—55	—	3	—	—	0,6	20	—	—	20	—	—	—	—	0,5	5,5	—	—	5,5
% къ суммѣ сем. полож. по всѣмъ исходамъ.	56,7	69,9	60	43,2	30,1	40	24,1	9,1	20	67	65,7	83,3	32,9	34,2	16,6	12,3	6,3	5,5

Изъ приведенныхъ статистическихъ данныхъ явствуетъ во 1-хъ относительно *частоты заболѣванія*, что холостые мужчины заболѣваютъ нѣсколько чаще, чѣмъ женатые (на 4%), женщины же наоборотъ—замужнія вдвое чаще впадаютъ въ чахотку, чѣмъ дѣвицы; послѣднее нужно объяснять, кромѣ вліянія возраста (наибольшая частота болѣзни у обоихъ половъ, какъ мы видѣли въ предъидущей главѣ падаетъ на 20—30 л.) еще тѣмъ, что, выходя замужъ, женщина пріобрѣтаетъ нѣсколько новыхъ предрасполагающихъ шансовъ, каковы роды, послѣродовыя болѣзни, кормленіе грудью и заботы матери и супруги.

Во-вторыхъ, что касается благопріятныхъ шансовъ въ отношеніи исходовъ болѣзни, то тутъ оказывается явное преимущество на сторонѣ ведущихъ брачный образъ жизни. Выносливость въ борьбѣ съ чахоткою у живущихъ въ брачномъ сожительствѣ можетъ быть объясняется большею правильностью образа жизни и лучшими условіями общаго метаморфоза.

XIII. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛѢЗНИ.

Здѣсь сначала представимъ свѣдѣнія о той продолжительности болѣзни, съ которою больные являлись на Югъ, а потомъ опредѣлимъ среднюю продолжительность чахотки вообще отъ начала заболѣванія до смерти. Матеріаломъ послужило 663 человѣка, изъ коихъ 221 относятся къ женскому полу; изъ нихъ находилось въ I періодѣ болѣзни 160 (24,1), во II—311 (46,9) и въ III-мъ 192 (28,9). Для статистики брались только тѣ больные, у которыхъ продолжительность болѣзни была не свыше 10 лѣтъ, такъ какъ случаи съ болѣе продолжительнымъ теченіемъ едва ли можно признавать чистыми (такихъ случаевъ оказалось всего 32).

Нижеслѣдующая таблица даетъ понятіе о продолжительности болѣзни всѣхъ 663 больныхъ до пріѣзда ихъ въ Крымъ.

Табл. 80.

Продолж. болѣзни.	Число случаевъ.	Въ %.
2— 6 нед.	19	2.8
2— 3 мѣс.	32	4.8
3— 6 „	83	12.5
6—11 „	55	8.2

Продолж. болѣзни.	Число случаевъ.	Въ %.
1 годъ	79	12,0
$1^1/_2$ года	55	8,2
2 „	97	14,6
$2^1/_2$ „	11	1,6
3 „	73	11,0
$3^1/_2$ „	4	0,6
4 „	37	5,6
$4^1/_2$ „	3	0,4
5 „	34	5,1
$5^1/_2$ „	2	0,3
6 „	29	4,3
7 „	13	2,0
8 „	14	2,1
9 „	8	1,2
10 „	15	2,2
	663	

Такимъ образомъ, наибольшее число лицъ пріѣзжаетъ для леченія на Югъ черезъ два года послѣ заболѣванія, затѣмъ спустя 3—6 мѣсяцевъ и спустя 1 или 3 года, что совпадаетъ съ цифрами нашего дѣленія больныхъ на періоды (наибольшее число больныхъ относится ко II-му періоду).

а) **Отношеніе продолжительности болѣзни къ періодамъ ея.** Относящихся сюда цифръ я не буду приводить, такъ какъ по всѣмъ тремъ періодамъ продолжительность оказалась почти одинаковою (2 года и 5 мѣсяцевъ) изъ чего слѣдуетъ заключить, что періоды невозможно опредѣлять продолжительностію теченія болѣзни.

б) **Отношеніе продолжительности болѣзни къ исходамъ ея** явствуетъ изъ слѣдующей таблицы.

Табл. 81.

	Выздоровленіе и улучшеніе.		Ухудшеніе, st. quo и исходъ неизвѣстенъ.		Смерть.	
	Число случаевъ.	% ко всему числу случаевъ (663).	Число случаевъ.	% —	Число случаевъ.	% —
2— 6 недѣли	15	2,26	4	0,6	—	—
2— 3 мѣсяцы	21	3,16	8	1,2	3	0,45
3— 6 „	47	7,0	30	4,5	6	0,9
6—11 „	30	4,5	18	2,7	7	1,05
1— 3 года	166	25,0	100	15,0	49	7,3
3— 6 „	65	9,8	27	4,0	17	2,56
6—10 „	24	3,62	11	1,65	14	2,1
	398	55,5	199	30,0	96	11,4

Такимъ образомъ, въ среднемъ выводѣ, какъ и слѣдовало ожидать, % неблагопріятныхъ исходовъ болѣзни тѣмъ меньше, чѣмъ раньше больные пріѣзжали для леченія. Сопоставляя для обоихъ половъ отдѣльно исходы болѣзни съ продолжительностію ея, получимъ слѣдующія среднія цифры: по исходу выздоровленіе и улучшеніе—у мущинъ $2^5/_{12}$ г. и 3 дня, у женщинъ $2^5/_{12}$ г. и 24 дня, по исходамъ: ухудшеніе, st. quo и неизвѣстному—для мужчинъ $2^3/_{12}$ г. и 29 дней, для женщинъ $2^1/_{12}$ г. и 9 дней; наконецъ, по исходу смерть—у мущинъ $2^9/_{12}$ и 28 дней, у женщинъ $2^{11}/_{12}$ г. и 29 дней; слѣдовательно, женщины переживаютъ мущинъ на 2 мѣсяца. Всѣ же 663 больныхъ до пріѣзда на Югъ прохворали въ общей сложности 1639 $^8/_{12}$ лѣтъ и 18 дней, что равняется для каждаго $2^5/_{12}$ г. и 20 дней. Такова *общая средняя продолжительность* болѣзни до пріѣзда въ Крымъ для леченія. Нельзя не сознаться, что наши больные, слѣдовательно, пріѣзжаютъ лечиться очень поздно, въ среднемъ выводѣ за 5 мѣсяцевъ до смерти.

Возникаетъ важный въ практическомъ отношеніи вопросъ: *когда же слѣдуетъ посылать чахоточныхъ больныхъ на Югъ*, въ какомъ состояніи или періодѣ болѣзни? Формулировать общій отвѣтъ весьма трудно; для каждаго больного въ частности вопросъ разрѣшается гораздо легче. Здѣсь необходимо принимать во вниманіе не столько періодъ болѣзни,

сколько степень распространенія и интензивность процесса и вообще индивидуальную наличность силъ и шансовъ. Уясненію послѣднихъ нерѣдко помогаетъ изученіе анамнеза больного и его ближайшихъ родственниковъ. Обыкновенно говорятъ, что чѣмъ раньше посылать больныхъ на Югъ, тѣмъ лучше и вовсе не совѣтуютъ отправлять въ послѣднемъ періодѣ болѣзни, при существованіи изнурительной лихорадки или признаковъ распаденія ткани. Съ первымъ нельзя не согласиться, особенно послѣ открытія Коха; — разъ при содѣйствіи микроскопа въ мокротѣ найдена materia peccans morbifera, то врачъ не долженъ забывать, что имѣетъ дѣло съ коварною и упорною болѣзнью, борьба съ которой гораздо успѣшнѣе въ начальномъ періодѣ. Что касается втораго положенія, то съ нимъ не всегда можно согласиться, будучи даже пессимистомъ. Иногда повидимому безнадежные больные на Югѣ сверхъ чаянія поправляются, или, что бываетъ чаще,— получаютъ возможность продлить жизнь на 1—2 года или на нѣсколько мѣсяцевъ. Кто имѣетъ смѣлость не считать этой отсрочки смерти выигрышемъ, тотъ поступаетъ логично не посылая на Югъ трудныхъ больныхъ. Но не всѣ врачи такъ смотрятъ, стоически относясь къ участи больныхъ; по справедливому воззрѣнію другихъ лучше получить небольшой плюсъ, нежели минусъ. Еще болѣе соглашаются съ такою логикою сами больные, а при рѣшеніи ихъ участи мы должны имѣть въ виду ихъ интересы и желанія, а не свои личныя воззрѣнія. Предоставлять умирать дома позволительно только тогда, когда больной не имѣетъ средствъ или тратитъ послѣднія, оставляя безъ всякихъ рессурсовъ семью. Послѣ нѣсколькихъ поучительныхъ, хотя и крайне рѣдкихъ случаевъ поправленія, вопреки моему ожиданію, я нелегко взялъ бы на свою совѣсть рѣшеніе вопроса объ отправкѣ больныхъ на Югъ, или оставленіи ихъ дома на вѣрную смерть.

Что касается *всей продолжительности* болѣзни отъ начала заболѣванія до смерти, то она опредѣляется, какъ мы видѣли выше, для мущинъ средней цифрой въ 2 года, 9 мѣсяцевъ и 28 дней, для женщинъ почти въ 3 года; для обоихъ же половъ *тремя годами* безъ 38 дней. Эта общая средняя продолжительность подтверждается и другими данными, именно отношеніемъ возраста заболѣванія и возраста смерти (См. кривую въ табл. 71-й). У Lebert'а цифра продолжительности получилась гораздо меньшая, вѣроятно потому, что вычисленіе начиналось съ дѣтскаго возраста. Въ моихъ матеріалахъ замѣтно преобладаютъ заболѣванія съ болѣе или менѣе хроническимъ теченіемъ, что обусловливается—1) тѣмъ, что больные съ быстротечной формою болѣзни рѣдко успѣваютъ отправиться на Югъ, во 2-хъ, что чахотка у русскихъ повидимому вообще характеризуется хроническимъ теченіемъ, что замѣчено и д-ромъ Каррикомъ [1]), который упоминаетъ, что у иностранцевъ, чаще чѣмъ у рус-

---

[1]) L. c.

скихъ болѣзнь принимаетъ быстротечный ходъ. Можетъ быть это зависитъ отъ меньшаго (средняго) умственнаго развитія русскихъ и, слѣдовательно, отъ меньшей раздражительности нервной системы и тканей. Усиленный обмѣнъ веществъ и разныя заботы умственнаго и моральнаго характера, вѣроятно, способствуютъ болѣе быстрой инфекціи организма заразой. Дѣйствительно, у интеллигентныхъ русскихъ болѣзнь чаще принимаетъ быстрый ходъ и легче осложняется пораженіемъ мозговыхъ оболочекъ и т. п. Вообще же на основаніи нашихъ данныхъ нельзя не прійти къ заключенію, что обычная, чаще всего встрѣчающаяся форма бациллярной чахотки продолжается въ среднемъ выводѣ три года или, если исключить затяжныя хроническія формы, около $2—2^1/_2$ лѣтъ. Для меня поэтому является удивительною и непонятною средняя продолжительность болѣзни въ $7^1/_2$ лѣтъ, полученная Willams'омъ [1]). Выше мы видѣли, что такая цифра получалась у насъ только при хронически протекающей чахоткѣ (именно $7^7/_{12}$ лѣтъ по всѣмъ исходамъ болѣзни и $5^{10}/_{12}$ по исходу смерть). Слѣдовательно, при затяжныхъ хроническихъ формахъ продолжительность болѣзни является вдвое большею.

XIV. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНІЯ.

Сначала приведу цифровыя данныя о продолжительности пребыванія больныхъ на Югѣ, причемъ сопоставлю ихъ съ успѣхами леченія, т. е. исходами болѣзни и полученной прибылью вѣса, а потомъ попытаюсь отвѣтить на вопросъ: сколько времени больные должны лечиться или оставаться на Югѣ, чтобы получить выздоровленіе или прочное улучшеніе.

Данные обработаны для 302 больныхъ, у которыхъ продолжительность леченія отмѣчена въ журналахъ. Вотъ таблица средней продолжительности леченія въ Крыму въ числахъ и процентахъ, сопоставленная съ полученною за то же время окончательною прибылью вѣса.

---

[1]) Эйхгорстъ,—„Рук. къ част. пат. и тер." 84 г. стр. 618.

Таб. 82.

	Время леченія.	Число случаевъ.	въ %	Сред. приб.
Недѣли.	4	20	6,3	0,7
	$4^{1}/_{2}$	1	0,3	6,5
	5	12	3,9	0,3
	6	51	16,8	4
	7	3	0,9	—1,1
	8	46	15,2	4,5
	9	2	0,6	3
Мѣсяцы.	$2^{1}/_{2}$	8	2,6	—3,1
	3	29	9,6	3,1
	$3^{1}/_{2}$	1	0,3	8
	4	25	6,2	0,6
	5	11	3,6	4,6
	6	48	15,6	3,8
	7	7	2,3	3,8
	8	9	2,9	13,1
	9	4	1,3	3,7
	10	1	0,3	—17
Годы.	1	14	4,6	5,4
	$1^{1}/_{2}$	1	0,3	3,5
	2	5	1,6	—12,1
	3	4	1,3	—1,3
		302		3,1 [1]).

Мы видимъ, что наибольшее число лицъ (29,1) лечилось на Югѣ отъ $1^{1}/_{2}$ г. 3 мѣс., затѣмъ почти одинаковое количество (по 28%) отъ 4—6 нед. и отъ 3—6 мѣсяцевъ, наконецъ 11,6 отъ $^{1}/_{2}$—1 года и только 3,3 болѣе одного года (2—3 г.). Что касается прибыли вѣса, то въ общемъ замѣчается пропорціональность со временемъ леченія, т. е. приращеніе вѣса тѣмъ больше, чѣмъ продолжительнѣе пребываніе на Югѣ.

По періодамъ болѣзни эти данныя распредѣляются слѣдующимъ образомъ для 254 лицъ, изъ которыхъ 174 (68,5%) получали прибыль вѣса и 80 (31,4%) убыль его:

---

[1]) Отсутствіе знака предъ цифрами прибыли вѣса указываетъ на положительную прибыль, присутствіе минуса—на отрицательную, т. е. убыль.

Таблица 83.

Продолжительность леченія.	I ПЕРІОДЪ.					II ПЕРІОДЪ.					III ПЕРІОДЪ.					ВСѢ ПЕРІОДЫ.				
	Прибыль.	Число случ.	Убыль.	Число случ.	Оконч. пр.	Прибыль.	Число случ.	Убыль.	Число случ.	Оконч. пр.	Прибыль.	Число случ.	Убыль.	Число случ.	Оконч. пр.	Прибыль.	Число случ.	Убыль.	Число случ.	Оконч. пр.
Отъ 4—6 нед.	5,7	(20)	4	(1)	5,2	5,5	(20)	3,5	(4)	4	4,8	(9)	5,3	(13)	—1,1	5,4	(49)	4,8	(18)	+4,1
6 нед. до 3 мѣс.	8,3	(16)	1	(1)	7,8	7,3	(33)	5,7	(9)	4,5	7	(7)	11,5	(12)	—4,7	7,6	(56)	8,7	(22)	+3
3—6 мѣс.	7,2	(7)	5,5	(3)	3,4	8,4	(22)	6,9	(9)	4	11	(13)	5,8	(14)	+2,2	9,0	(42)	6,2	(26)	+3,2
6—12 мѣс.	14,7	(4)	—	—	14,7	9,3	(8)	11	(5)	1,5	14	(12)	10,1	(4)	+8	12,6	(24)	10,6	(9)	+6.2
1—3 лѣтъ.	3	(2)	—	—	3	—	—	16,5	(1)	—16,5	3	(1)	7,8	(4)	—5,6	3,1	(3)	9,6	(5)	—4,8
	7,4	(49)	4,3	(5)	6,3	7,4	(83)	7,1	(28)	3,7	9,7	(42)	7,7	(47)	+1,0	7,9	(174)	7,3	(80)	+3,1

Такимъ образомъ, окончательная прибыль вѣса въ I періодѣ +6,3 ф., при средней продолжительности леченія больныхъ въ 4 мѣс. и 16 дней, во II п. +3,7 ф., въ продолженіи 4-хъ мѣсяцевъ (3 мѣс. 29 дней) и наконецъ въ III періодѣ +1,0 ф. при среднемъ срокѣ леченія 5 мѣс. и 12 дней. Слѣдовательно, средняя продолжительность пребыванія въ Крыму оказывается почти одинаковою во всѣхъ періодахъ болѣзни, кромѣ третьяго, гдѣ она однимъ мѣсяцемъ больше. Всѣ же больные (302 человѣка, изъ коихъ 23,1 находились въ I, 45,3 во II п., 31,4, въ III періодахъ болѣзни) прожили въ Крыму 114 л. 7 мѣс. и 3 дня, что̀ даетъ общую среднюю продолжительность *въ 4 мѣс. и 16 дней.* За это время лица, склонныя къ улучшенію, пріобрѣли 7,9 ф. или въ 30 дней +1,7 ф.; получившія же ухудшеніе въ состояніи здоровья потеряли — 7,3 ф. или въ 30 дней — 1,5 ф.

При сопоставленіи продолжительности леченія съ *исходами болѣзни* получаются слѣдующія отношенія:

Таб. 84.

		Выздор. и улучш.		Ухудшеніе, St. quo и неиз.		Смерть.	
		Число случ.	Сред. приб. въ фун.	Число случ.	Сред. приб. въ фун.	Число случаевъ.	Сред. приб. въ фун.
Недѣли.	4	10	4,6	7	—3,2	3	—3
	4½	1	6,5	—	—	—	—
	5	8	2,9	—	—	4	—4,7
	6	40	5,3	7	—0,8	4	—7
	7	1	8	1	—6	1	—5,5
	8	35	6,9	6	—6,7	5	0,1
	9	2	3,2	—	—	—	—
Мѣсяцы.	2½	4	13,1	2	— 20	2	—18,7
	3	23	5,9	3	—7,5	3	—5,3
	3½	1	8	—	—	—	—
	4	17	6,2	1	—9	7	—7
	5	7	8,8	3	—3	1	—0,5
	6	31	8,3	7	—7	10	—1
	7	2	5	—	—	5	3,2
	8	6	19,2	—	—	3	1
	9	3	7	—	—	1	—6
	10	—	—	—	—	1	—1,7
Годы.	1	10	13	—	—	4	—9,8
	1½	—	—	—	—	1	3,5
	2	2	—	—	—	3	—12,1
	3	3	—0,6	—	—	1	—3,5
		206	7,1	37	—5,8	59	—4,3

Эти же данныя являются болѣе наглядными въ слѣдующемъ сокращенномъ видѣ:

Таб. 85.

За время	Выздор. и улучш. Прибыль.	Убыль.	Оконч. прибыль.	Ухудш., St. quo и неизв. Прибыль.	Убыль.	Оконч. прибыль.	Смерть. Прибыль.	Убыль.	Оконч. прибыль.
отъ 4—6 нед. . .	5,2	4,2	+4,9	2,3	3,8	—2,1	4,0	6,6	—5,1
„ 6 н. до 3 м.	7,7	4,2	+6,9	—	9,2	—9,2	4,8	10,4	—5,8
„ 3—6 мѣс. .	9,4	4,0	+8,0	—	6,3	—6,3	6,2	7,0	—3,1
„ 6—12 мѣс.	13,2	—	+13,2	—	—	—	10,4	10,6	—3,1
„ 1—3 лѣтъ .	3,0	8,0	—0,5	—	—	—	3,5	10	—7,3
	8,1	4,4	+7,1	2,3	6,7	—5,8	7,0	8,7	—4,3

Всѣ 206 человѣкъ (68,2), получившіе выздоровленіе и улучшеніе, вмѣстѣ съ тѣмъ увеличили и свой вѣсъ въ окончательномъ выводѣ на 7,1 ф., причемъ приращеніе вѣса стоитъ въ значительной зависимости отъ продолжительности леченія; 37 человѣкъ (12,2), на долю которыхъ выпало ухудшеніе и т. д., получили убыль въ 5,8 ф.; наконецъ, 59 лицъ (19,5), у которыхъ болѣзнь окончилась смертью, также получили убыль вѣса, хотя нѣсколько меньшую, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ въ началѣ леченія получили прибыль вѣса и умерли потомъ чрезъ болѣе или менѣе продолжительное время. Сопоставляя продолжительность леченія съ исходами, получимъ по выздоровленію и улучшенію 4 мѣс. и 9 дней, по ухудшенію и т. д. 2 м. 25 дней и по исходу—смерть 3 мѣс. 19 дней.

Опредѣливши продолжительность леченія нашихъ больныхъ и сопоставивши ее съ періодами болѣзни и успѣхами леченія, я считаю нужнымъ сказать нѣсколько словъ въ отвѣтъ на важный въ практическомъ отношеніи вопросъ: сколько времени больные должны пробыть на Югѣ, чтобы получить выздоровленіе или прочное улучшеніе? Тотъ или другой отвѣтъ опредѣляется взглядами на излечимость болѣзни и на способы леченія. Говоря объ исходахъ вообще (см. главу III), я опредѣленно высказалъ свое въ значительной степени пессимистическое воззрѣніе касательно полнаго выздоровленія. За то не подлежитъ сомнѣнію, что въ большинствѣ случаевъ вполнѣ возможна, по крайней мѣрѣ на Югѣ,

успѣшная борьба съ болѣзнью на почвѣ болѣе или менѣе стойкаго улучшенія, часто принимаемаго за излеченіе. Чтобы достигнуть выздоровленія или прочнаго улучшенія, больные, строго говоря, должны оставаться при благопріятныхъ климатическихъ и другихъ условіяхъ *до тѣхъ поръ, пока не получится опредѣленный исходъ*, т. е. пока не выздоровѣютъ или не пріобрѣтутъ стаціонарнаго улучшенія. А для этого они должны пробыть на Югѣ (по крайней мѣрѣ больные II и III періодовъ болѣзни) неменѣе *срока средней продолжительности всей болѣзни*, т. е. 2—3 года, позволяя себѣ проводить дома только 4 лѣтнихъ мѣсяца. Выше мы видѣли, что пріѣзжающіе на Южный берегъ Крыма чахоточные остаются на Югѣ въ 6—8 разъ менѣе этого періода времени, довольствуясь гомеопатической дозой климатическаго леченія. Причина этого заключается въ томъ, что пользующіе врачи, не желая огорчать своихъ больныхъ при отправленіи на Югъ, обыкновенно назначаютъ короткій срокъ, чаще всего $1^1/_2$—3 мѣсяцевъ. Благодаря рѣзкой перемѣнѣ климата и образа жизни и какому либо спеціальному леченію (кумысъ, виноградъ и проч.), больные, дѣйствительно, съ удовольствіемъ убѣждаются, что въ этотъ короткій срокъ они поправляются, чувствуютъ себя лучше, полнѣютъ и естественно приходятъ къ убѣжденію, что они выздоровѣли, получили прочный и желанный результатъ. Мѣстнымъ врачамъ нелегко и не особенно пріятно разубѣждать ихъ, особливо благодаря присущему имъ оптимизму. Между тѣмъ секретъ столь благотворнаго и даже иногда чудеснаго дѣйствія Крымскаго климата главнымъ образомъ въ томъ и заключается, что, оставаясь на Югѣ не долго, больные получаютъ рѣзкое улучшеніе, тѣмъ болѣе поразительное, что оно наступаетъ въ столь короткое время. Непріятное разочарованіе недолго заставляетъ себя ждать: скоро по возвращеніи домой (а иногда уже въ пути), наступаетъ ухудшеніе (усиленіе кашля, кровохарканіе, лихорадка и проч.), неизбѣжно объясняемое простудою. Отъ такого ухудшенія больной, разумѣется, мало гарантированъ и на Югѣ, гдѣ оно, дѣйствительно, нерѣдко появляется въ концѣ осени или весною, но за то онъ скорѣе отъ него оправляется, благодаря возможности дышать не комнатнымъ воздухомъ. Въ частности для каждаго больного продолжительность леченія легче опредѣляется данными, вытекающими изъ его прошедшаго и настоящаго;—послѣ тщательной ихъ оцѣнки возможно опредѣлить только minimum времени, потребнаго для полученія болѣе или менѣе прочнаго результата. Кромѣ того я пользуюсь еще наблюденіями надъ ходомъ болѣзни и успѣхами леченія въ первыя недѣли по пріѣздѣ на Югъ. Тутъ возможны интересныя соображенія, опирающіяся на результаты взвѣшиванія.

Выше мы видѣли (см. главу X), что больные, находящіеся въ I періодѣ болѣзни и склонные къ выздоровленію и улучшенію, возвращаютъ весь утраченный вѣсъ (5%) за среднее время леченія 2,7 мѣс., достигая

такимъ образомъ вѣса здороваго человѣка (155 ф.); если при этомъ мѣстныя измѣненія въ легкихъ исчезли (что̀ бываетъ рѣдко), или улучшились въ значительной степени и остаются, болѣе или менѣе продолжительное время, in statu quo и если, наконецъ, мало имѣется шансовъ для кровохарканія (анализъ больного и его родныхъ), то можно быть увѣреннымъ, что въ близкомъ будущемъ ухудшенія не наступитъ и что результатъ получился прочный. Въ противномъ случаѣ легко могутъ быть рецидивы подъ видомъ кровохарканія, плеврита и т. п. При такихъ же благопріятныхъ условіяхъ для больныхъ II періода путемъ вычисленія получимъ 5,9 мѣс., а для III-го — 15,2 м. леченія на Югѣ. Этими средними періодами времени частью и можно было бы руководиться при опредѣленіи продолжительности леченія для больныхъ, имѣющихъ благопріятные прогностическіе шансы.

Но во 1-хъ, возвращеніе утраченнаго вѣса и выздоровленіе—понятія только близкія, но не тождественныя; во 2-хъ, наростаніе вѣса далеко не всегда идетъ правильно и непрерывно, а чаще скачками, зависящими отъ временныхъ ухудшеній (см. гл. о взвѣшиваніи и климатѣ). Что касается больныхъ, необладающихъ благопріятными шансами и въ особенности находящихся въ послѣднемъ періодѣ болѣзни, то для нихъ невозможно даже приблизительно опредѣлить продолжительность леченія,—они должны оставаться при благопріятныхъ климатическихъ и другихъ условіяхъ неопредѣленно долгое время (вѣрнѣе навсегда), пока не получатъ стойкаго улучшенія или относительнаго выздоровленія и пока съ возрастомъ раздражительность легочной ткани и наклонность къ воспалительной реакціи не уменьшатся. Только тогда они получатъ возможность, съ висящимъ надъ головою мечомъ Дамокла, отдалить окончаніе своей невеселой жизни.

Нѣкоторые изъ лицъ, выздоровѣвшихъ или вѣрнѣе получившихъ прочное улучшеніе въ послѣднемъ періодѣ болѣзни на Югѣ, каждый разъ послѣ переселенія на Сѣверъ, скоро возвращаются въ Крымъ съ значительнымъ ухудшеніемъ и снова довольно быстро поправляются. Извѣстны поразительные въ этомъ отношеніи случаи, гдѣ выздоровѣвшіе хроническіе фтизики въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ безнаказанно занимались въ Ялтѣ разными дѣлами, дѣлали прогулки пѣшкомъ по нѣскольку верстъ и даже танцовали; но при попыткѣ переселенія на Сѣверъ скоро получали ухудшеніе въ видѣ кровохарканія или лихорадки.

Нѣсколько лицъ, получавшихъ временное улучшеніе въ Ялтѣ, возвращались въ Крымъ неоднократно; такъ 25 человѣкъ пріѣзжали въ Крымъ для леченія по 2 раза; 11 чел.—по 3 раза; 3 челов.—по 4 раза. При этомъ не беремъ во вниманіе тѣхъ лицъ, которые, оставшись на Югѣ, только изрѣдка и на время уѣзжали на Сѣверъ.

Вторая причина короткаго климатическаго леченія нашихъ боль-

ныхъ на Югѣ это отсутствіе у большинства ихъ готовыхъ средствъ къ жизни. Намъ давно слѣдовало бы, по примѣру иностранцевъ (Индія, Алжиръ и т. п.) образовать колоніи для легочныхъ больныхъ въ Крыму и на Кавказѣ, гдѣ они могли бы оставаться болѣе или менѣе продолжительное время, занимаясь посильнымъ трудомъ. Правительственныхъ и общественныхъ мѣстъ слишкомъ мало и получаются онѣ нелегко; въ Ялтѣ, напр., почти всѣ малочисленныя служебныя мѣста заняты грудными больными (чиновники, врачи, учителя и т. п.). Поэтому крайне полезно было бы устроить въ Крыму и на Кавказѣ (Сухумъ, Кутаисъ и друг.) земледѣльческія колоніи, въ которыхъ больные занимались бы, напр., садоводствомъ, шелководствомъ, пчеловодствомъ и т. п.. Эту гуманную и прекрасную задачу приличнѣе всего было бы взять на себя нашему „Обществу Охраненія Народнаго Здравія".

XV. МѢСТНОСТИ.

Количество больныхъ, пріѣзжающихъ на Югъ для леченія изъ какой либо мѣстности, зависитъ: во 1-хъ отъ близости разстоянія и удобства сообщенія (желѣзн. дороги, пароходы), а во 2-хъ отъ взглядовъ и симпатій врачей, которые такимъ образомъ отправляютъ своихъ паціентовъ или заграницу, или въ Крымъ. Эти двѣ причины необходимо имѣть въ виду при чтеніи нижеслѣдующихъ статистическихъ данныхъ, которыя тѣмъ не менѣе представляютъ нѣкоторый интересъ. Матеріаломъ послужила вся тысяча больныхъ, за исключеніемъ 46 лицъ, у которыхъ мѣстность оказалась необозначенною; всѣхъ мущинъ 591 и женщинъ 363.

Данныя расположены по географическимъ областямъ, начиная съ Сѣвера и оканчивая Югомъ.

Таблица 86.

Губерніи по областямъ.	Мужчины.	Женщины.	Обоего пола.	Въ %
1) Сѣверное пространство.				
С.-Петербургъ	65	25	=90	9,4
Кронштадтъ	2	—	= 2	0,2
Гатчино	—	1	= 1	0,1
Спб. губерніи .	1	—	= 1	0,1
Итого . .	68	26	=94	9,7
Вологодск. губ.	1	—	= 1	0,1
	69	26	=95	9,95
2) Прибалтійское				
Лифлянд. Рига	1	—	= 1	0,1
Курлян. Митава.	1	—	= 1	0,1
	2	—	= 2	0,2
3) Валдайское.				
Новгородъ . . .		1	= 1	0,1
Старая Русса .	1	—	= 1	9,1
	1	2	= 2	0,2
Тверь	1	2	= 2	0,2
Тверск. губ. .	1	2	= 2	0,2
	2	2	= 4	0,4
Смоленскъ . . .	1	1	= 2	0,2
Смоленск. губ.	2	—	= 2	0,2
	3	1	= 4	0,4
	6	4	=10	1,0
4) Низменное.				
Витебскъ . . .	6	2	= 8	0,8
Динабургъ . . .	—	1	= 1	0,1
Витебск. губ. .	3	2	= 5	0,5
	9	5	=14	1,45
Ковенской губ.	1	—	= 1	0,1
Вильна	3	—	= 3	0,3
Виленск. губ. .	5	1	= 6	0,6
	8	1	= 9	0,9
Минскъ	1	—	= 1	0,1
Бобруйскъ . . .	—	1	= 1	0,1
Пинскъ	6	2	= 8	0,8
Минск. губ. . .	4	—	= 4	0,4
	11	3	=14	1,45
Могилевъ . . .	—	1	= 1	0,1
Могилевск. губ.	4	2	= 6	0,6
	4	3	= 7	0,7
Житоміръ . . .	4	4	= 8	0,8
Новг. Волынск.	1	1	= 2	0,2
Ровно	1	—	= 1	0,1
Волочисскъ . .	1	—	= 1	0,1
Волынск. губ. .	2	4	= 6	0,6
	9	9	=18	1,84
	42	21	=63	6,6
5) Мануфактурн.				
Москва	43	31	=74	7,7
Владиміръ . . .	1	—	= 1	0,1
Владимір. губ.	3	—	= 3	0,3
	4	—	= 4	0,4
Ярославль . . .	—	1	= 1	0,1
Костромск. губ.	—	1	= 1	0,1
Нижн.-Новгор.	5	4	= 9	0,9
Казань	—	1	= 1	0,1
Рязанск. губ. .	1	—	= 1	0,1
Тула	2	—	= 2	0,2
Тульск. губ. . .	3	1	= 4	0,4
	5	1	= 6	0,6
	58	39	=97	10,1
6) Горнозавод. .				
Вятка	1	4	= 5	0,5
Вятск. губерн.	2	—	= 2	0,2
	3	4	= 7	0,7

Губерніи по областямъ.	Мужчины.	Женщины.	Обоего пола.	Въ %.
Пермь Ирбитъ	1	—	= 1	0,1
Екатеринбургъ	2	—	= 2	0,2
	3	—	= 3	0,3
Оренбургъ . . .	3	—	= 3	0,3
	9	4	=13	1,63
7) Черноземное.				
Черниговъ . . .	8	4	=12	1,25
Черниговск. губерніи	7	6	=13	1,36
	15	10	=25	2,6
Каменецъ-Подольскъ . . .	2	—	= 2	0,2
Балта	3	—	= 3	0,3
Могилевъ на Днѣстрѣ . . .	1	1	= 2	0,2
Подольской губерніи	9	3	=12	1,25
	15	4	=19	1,99
Кіевъ	29	13	=42	4,4
Бердичевъ . . .	1	1	= 2	0,2
Умань	1	—	= 1	0,1
Черкасы	2	—	= 2	0,2
Кіевск. губ. . .	18	11	=29	3,%
	51	25	=76	7,9
Полтава	6	3	= 9	0,9
Кременчугъ . .	4	3	= 7	0,7
Переяславль .	1	1	= 2	0,2
Годячъ	1	—	= 1	0,1
Полтавской губерніи	16	7	=23	2,4
	28	14	=42	4,4
Харьковъ . . .	34	17	=51	5,3
Славянскъ . . .	3	3	= 6	0,6
Сумы	2	2	= 4	0,4
Харьковск. губерніи	7	8	=15	1,6
	46	30	76	7,9
Курскъ	5	5	=10	1,0
Бѣлградъ . . .	2	2	= 4	0,4
Курской губ. .	4	8	=12	1,%
	11	15	=26	2,6

Губерніи по областямъ.	Мужчины.	Женщины.	Обоего пола.	Въ %.
Орелъ	1	5	= 6	0,6
Брянскъ	—	1	= 1	0,1
Мценскъ . . .	1	—	= 1	0,1
Орловск. губ. .	2	8	=10	1,%
	4	14	18	1,87
Тамбовъ	1	—	= 1	0,1
Моршанскъ . .	—	2	= 2	0,2
Кирсановъ . .	—	1	= 1	0,1
Тамбовск. губ.	3	—	= 3	0,3
	4	3	= 7	0,7
Воронежъ . . .	3	1	= 4	0,4
Ворожск. губ.	5	6	=11	1,14
	8	7	=15	1,6
Саратовск. губ.	—	1	= 1	0,1
Пенза	—	1	= 1	0,1
Симбирскъ . .	2	—	= 2	0,2
Симбирск. губ.	2	—	= 2	0,2
	4	—	= 4	0,4
	186	124	=310	32,4
8) Степныя.				
Бессарабія . .	1	—	= 1	0,1
Кишеневъ . . .	5	3	= 8	0,8
Аккерманъ . .	2	1	= 3	0,3
	8	4	=12	1,25
Херсонъ	4	1	= 5	0,5
Ананьевъ . . .	1	—	= 1	0,1
Тирасполь . . .	—	1	= 1	0,1
Очаковъ	2	—	= 2	0,2
Бориславъ . . .	1	—	= 1	0,1
Ольвіополь . . .	1	—	= 1	0,1
Елисаветградъ	10	5	=15	0,6
Николаевъ . . .	8	7	=15	1,6
Одесса	29	29	=58	6,%
Херсонской губерніи	5	4	= 9	0,9
	61	47	=108	11,3
Симферополь .	9	4	=13	1,36
Севастополь .	4	3	= 7	0,7
Ялта	20	7	=27	2,8
Ѳеодосія	—	2	= 2	0,2
Керчь	2	6	= 8	0,8

Губерніи по областямъ.	мужчины.	женщины.	обоего пола.	въ %.
Мелитополь . .	9	1	=10	1,%
Бердянскъ . . .	4	5	= 9	0,9
Орѣховъ	3	2	= 5	0,5
Геническъ . . .	—	1	= 1	0,1
Евпаторія . . .	2	—	= 2	0,2
Тавpич. губ. .	6	4	=10	1,0
	59	35	—94	9,8
Екатериносл. .	16	17	=33	3,46
Александров. .	1	—	= 1	0,1
Бахмутъ	2	1	= 3	0,3
Верхн. Днѣпр.	1	—	= 1	0,1
Луганскій зав.	1	—	= 1	0,1
Маріуполь. . .	2	—	= 2	0,2
Нахичевань . .	1	1	= 2	0,2
Ново-Москов.	6	9	=15	1,6
Павлоградъ . .	2	1	= 3	0,3
Ростовъ на Дону	14	6	=20	2.0
Таганрогъ . . .	—	5	= 5	0,5
Екатеринослав. губ.	10	7	=17	1,78
	56	47	=103	10,7
Новочеркаскъ.	7	7	=14	1,45
Кубанская Область.	1	—	= 1	0.1
Екатеринодаръ	2	—	= 2	0,2
Ейскъ	1	—	= 1	0,1
Владикавказъ .	1	—	= 1	0,1
	5	—	= 5	0,5
Ставрополь . .	2	—	= 2	0,2
Пятигорскъ . .	—	1	= 1	0,1
	2	1	= 3	0,3

Губерніи по областямъ.	мужчины.	женщины.	обоего пола.	въ %.
Астрахань. . .	2	—	= 2	0,2
Самара	3	—	= 3	0 3
Самарск. губ.	1	—	= 1	0,1
	4	—	= 4	0,4
	204	141	=345	36,1
9) Кавказъ.				
Кавказъ	4	—	= 4	0,4
Кутаисъ	—	1	= 1	0,1
Тифлисъ. . . .	—	1	= 1	0,1
	4	2	= 6	0,6
10) Привислянд.				
Варшава . . .	2	1	= 3	0,3
Люблинъ . . .	1	1	= 2	0,2
	3	2	= 5	0,5
11) Азіатск. Россія.				
Сибирь	5	—	= 5	0,5
Енисейскъ . . .	1	—	= 1	0,1
Ташкентъ . . .	1	—	= 1	0,1
	7	—	= 7	0,7
12) Румынія . .	1	—	= 1	0,1
Всего . .	591	363	=954	—

Такимъ образомъ: 1) населенные большіе города доставляютъ на Югъ наибольшее количество легочныхъ больныхъ. Отдаленный Петербургъ, изъ котораго безъ сомнѣнія большая часть больныхъ отправляется за границу, стоитъ на первомъ мѣстѣ (9,4%); затѣмъ слѣдуетъ Москва (7,7%), Одесса (6%), Харьковъ (5,3%), Кіевъ (4,4%) и Екатеринославъ (3,4%).

2) Обѣ наши столицы дали 17,1 (164 человѣка), а вообще всѣ города (включая и столицы) 75,5; остальные 24,5 приходятся на долю мѣсте-

чекъ и деревень. Черноземныя и степныя губерніи доставляютъ огромную цифру 68,5, что зависитъ не отъ одной близости разстоянія къ Крыму, но также отъ дѣйствительной частоты заболѣваній. Это въ особенности относится къ незначительнымъ по числу жителей южнымъ степнымъ городамъ: Екатеринославу, Ростову на Дону (2%), Елисаветграду, Николаеву, какому-то злополучному и невѣдомому Новомосковску (всѣ по 1,6) и Новочеркаску 1,4 [1]). Эти несчастные города находятся въ дурныхъ климатическихъ и еще въ худшихъ санитарно-гигіеническихъ условіяхъ; благодаря непостоянной Южной зимѣ они часто лишены благодѣтельнаго снѣжнаго покрова и осуждены такимъ образомъ вдыхать пыль чуть не круглый годъ, и тѣмъ подготовлять свои дыхательные пути для воспріятія туберкулезной заразы; этому благопріятствуютъ еще болѣе частые степные вѣтры, подымающіе пыль. Кромѣ того отсутствіе стоковъ, мостовыхъ, чистой и здоровой воды, понятнымъ образомъ еще болѣе помогаютъ заболѣванію. Сѣверныя губерніи съ обильнымъ снѣгомъ и крѣпкими морозами въ этомъ отношеніи гораздо счастливѣе. Желательно, чтобы врачи, находящіеся въ упомянутыхъ степныхъ городахъ, точнѣе указали причины и условія, благопріятствующія столь частому заболѣванію жителей чахоткою и опредѣлили, сколько умираетъ отъ этой болѣзни на тысячу живущихъ.



---

[1]) Что касается Ялты, которая даетъ огромную цифру 2,8%, то это объясняется тѣмъ, что относящіеся сюда лица нѣсколько лѣтъ тому назадъ по болѣзни переселились на Югъ изъ другихъ мѣстностей и записаны въ журналъ, какъ мѣстные жители.

TIGHT

GUTTERS.

